TITRES ET TRAVAUX

DU

Dr J. VANVERTS

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1910



TITRES

Externe des hôpitaux de Lille, 1889.
Externe des hôpitaux de Paris, 1891.
Interne provisoire, 1893.
Interne titulaire, 1894.
Moniteur de trachéotomie (Hôpital Trousseau), 1894.
Docteur en médecine, 1897.
Chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lille, 1902.
Chirurgien de l'hôpital de Fourmies, 1906.
Chirurgien des hôpitaux de Lille, 1908.

Membre de la Société de médecine du département du Nord, 1898.
Membre de la Réunion obstétricale de Lille, 1910.
Membre adjoint, 1896 / Membre correspondant, 1900 } de la Société anatomique.
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris, 1905.
Membre correspondant de l'Association française pour l'étude du cancer, 1908.
Membre de la Société internationale de chirurgie, 1905.
Membre associé étranger de la Société de chirurgie de Bucarest, 1903.
Membre associé étranger de la Société belge de chirurgie, 1905.
Membre de l'Association française de chirurgie, 1899.
Membre du Congrès périodique national de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, 1904.

Lauréat (*bis*) des hôpitaux de Paris. { Accessit du concours de l'internat (second interne), 1894. / Médaille d'argent du concours des prix de l'internat (chirurgie), 1897.
Lauréat de la Faculté de médecine de Paris. Prix de thèse. (Médaille d'argent, 1898).
Lauréat (*bis*) de la Société de chirurgie. { Prix Marjolin-Duval, 1899. / Prix Demarquay, 1904.
Encouragement de l'Académie de médecine (Prix Amussat), 1899.
Mention honorable de l'Académie de médecine (Prix Alvarenga), 1903.
Mention honorable de l'Académie des sciences (Prix Montyon), 1903.
Médaille de vermeil du Ministère de l'intérieur (Typhus, Hôtel-Dieu), 1893.
Médaille de bronze de l'Assistance publique (External, 1894. — Internat, 1898).

Admissible aux épreuves définitives du concours d'Agrégation de chirurgie, 1898, 1901, 1904 et 1907.

ENSEIGNEMENT

Direction d'une conférence d'internat (En collaboration avec MM. Meslay et O. Pasteau), Hôtel-Dieu, 1894-1895.

Conférences et démonstrations pratiques d'anatomie faites à l'Amphithéâtre des hôpitaux, Paris, 1895-1896.

Conférences cliniques, quotidiennes, aux stagiaires, sous la direction de M. le Dr Ch. Monod, à l'hôpital Saint-Antoine, 1896, 1897, 1898.

Conférence d'anatomie et de pathologie élémentaires aux élèves sages-femmes à l'hôpital de la Charité, Lille, 1902.

LISTE CHRONOLOGIQUE

DES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

1893

Cancer latent de l'intestin.

1895

De l'intubation du larynx dans le croup.
Le traitement antiseptique de la stomatite mercurielle.
Invagination intestinale. Expulsion du boudin invaginé, sauf une partie du cylindre interne restée adhérente au mésentère et non gangrenée.
Péri-appendicite suppurée. Perforation. Péritonite généralisée.
Sarcome du fémur à marche aiguë, avec fièvre.

1896

Un cas de corps étranger dans la trachée chez un enfant de dix-huit mois. Trachéotomie. Guérison.
Rôle de la trachéotomie dans les accidents graves de l'anesthésie.
Phlegmon sublingual (angine de Ludwig) à pneumocoques.
Perforation intestinale dans le cours de la fièvre typhoïde.
Deux cas de rupture du foie.
Etiologie et pathogénie des orchi-épididymites aiguës et en particulier des orchi-épididymites d'origine urétrale et non gonococciques.
Autopsie du double pied-bot varus équin d'un fœtus de huit mois.
Ascite congénitale et dystocie fœtale consécutive.
L'ascite fœtale.
Fibrome sous-péritonéal pédiculé de l'utérus et hématocèle rétro-utérine.
Epithélioma polykystique bilatéral de l'ovaire. Rétention d'urine due à la compression de l'urètre par une des tumeurs développées dans la cavité pelvienne.
Deux cas de kyste dermoïde de l'ovaire : 1° kyste bilatéral ; 2° volumineux kyste développé chez une femme âgée.
Squirrhe à noyaux disséminés intramammaires.
Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus.
Fracture sus-et intercondylienne du fémur, traitée par l'appareil de Hennequin.

1897

Du traitement chirurgical des péritonites par perforation dans la fièvre typhoïde.
L'appendicite.
De la prédominance des symptômes à gauche dans l'appendicite.
Rupture du foie.
Des ruptures du foie et de leur traitement.

De la résection du rebord costal pour la cure chirurgicale des collections sus-hépatiques.
De la splénectomie.
Guérison d'une tuberculose du rein par transformation graisseuse totale de l'organe.
Tuberculose du rein gauche.
Enchondrome de la phalange et de la phalangine du petit doigt.
Kyste hydatique de l'os iliaque el du fémur.
Fracture extracapsulaire du fémur chez une femme de 76 ans, traitée par l'appareil de Hennequin.

1898

Plaie de la portion thoracique de la trachée, consécutive à une plaie par un instrument tranchant et piquant.
Du traitement des abcès pelviens d'origine appendiculaire. Avantages de l'incision vaginale.
De la splénectomie.
Torsion d'un testicule en ectopie. Eclatement de l'épididyme.
Cancer du testicule.
Des indications de l'hystérectomie abdominale totale.
Deux cas de sarcomatose généralisée, survenue rapidement après l'extirpation d'un sarcome des parties molles de la plante du pied et d'un sarcome de la peau de la cuisse.

1899

Du procédé de Villar dans la cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus et de ses résultats éloignés.
De la cure radicale de la hernie inguinale sans fils perdus, en particulier par le procédé de Villar.
Appendicite à répétition. Perforation de l'appendice à la troisième attaque ; péritonite généralisée.
Appendicite avec phénomènes péritonitiques très marqués. Traitement médical. Guérison.
Appendicite toxique. Ouverture d'un abcès péri-appendiculaire.
Du diagnostic différentiel de l'étranglement interne et des diverses formes de l'appendicite.
Note bactériologique à propos des effets de la ligature expérimentale des vaisseaux spléniques.
Etude sur les lésions produites par la ligature expérimentale des vaisseaux de la rate.
De la ligature des vaisseaux spléniques dans les lésions hypertrophiques et dans les hémorragies de la rate.
Prothèse testiculaire.
De la dilatation digitale extemporanée du col de l'utérus.
Contribution à l'étude du curettage utérin dans les rétentions placentaires.
Quelques considérations sur le traitement de la luxation susacromiale de la clavicule.

Un cas de mal perforant traité et guéri par l'élongation des nerfs.
De l'intervention chirurgicale dans les adénies.

1900

Ostéite nécrosante du maxillaire inférieur chez un nouveau-né.
Modifications histologiques du sang après la ligature expérimentale des vaisseaux spléniques.
Etude expérimentale de l'action de la thyroïdine dans la consolidation des fractures.
Etude clinique sur l'action de la thyroïdine dans la consolidation des fractures.
Quatre observations de luxation susacromiale de la clavicule.
Fracture par cause directe des 2e 3e et 4e métatarsiens. Cal vicieux formant une saillie douloureuse à la plante du pied.
Etude critique et expérimentale sur la stérilisation des éponges.

1901

De la ligature des vaisseaux spléniques.
Discussion sur la chirurgie de la rate. De la splénopexie.
Péritonite tuberculeuse. Laparotomie. Inoculation tuberculeuse de la plaie. Eviscération spontanée.
Péritonite tuberculeuse. Laparotomie. Eviscération progressive sous l'influence d'une rupture des fils de suture, de la toux et du mauvais état des tissus.
Corps thyroïde et fractures. De la consolidation des fractures chez les hypothyroïdiens.
Ostéo-périostite consécutive à la fièvre typhoïde. Suppuration et séquestres.
Autoclave permettant l'assèchement des objets stérilisés.
Injection sous-arachnoïdienne de cocaïne. Pas d'analgésie. Intoxication prolongée.
L'analgésie chirurgicale par voie rachidienne.
Sur un cas de sciatique guéri par une injection intrarachidienne de cocaïne.

1902

Traité de technique opératoire, 1re édit., t. I et II.
Discussion sur l'asepsie et l'antisepsie opératoires.
Asepsie et antisepsie.
Sur l'extirpation des gros anévrismes du creux poplité.
Péritonite généralisée d'origine appendiculaire. Laparotomie sans ablation de l'appendice ; guérison. Rechute ; laparotomie avec ablation de l'appendice ; mort.

1903

Des voies d'accès sur la rate. Utilité de la résection extrapleurale du rebord costal pour faciliter, dans certains cas, la découverte de cet organe.
Luxation sterno-claviculaire en avant. Fracture des sept premiers cartilages costaux.

La suture dans les laparotomies et la cure radicale des hernies. Du surjet à fil non résorbable et non perdu. Avantages des procédés simples.
Exclusion de la plus grande partie de l'intestin pour un anus contre nature.
Etat actuel de la question du traitement de l'appendicite.
Coexistence d'un fibrome utérin et d'un kyste du ligament large.
Fibrome développé dans la portion postéro-inférieure de l'utérus. Grossesse. Engagement de la tête d'abord empêché par le fibrome qui remonte ensuite... Ablation ultérieure du fibrome par incision du cul-de-sac vaginal... Nouvelle grossesse.
Lipome du doigt.
L'anesthésie générale au chlorure d'éthyle.

1904

Des pleurésies purulentes enkystées.
Abcès rétropéritonéal et antérénal d'origine appendiculaire. Incision et drainage. Ouverture secondaire de l'abcès dans le bassinet ; fistule urinaire. Guérison. Remarques sur le drainage du bassinet par la sonde urétérale.
Hernie de l'appendice.
La torsion du cordon spermatique.
Un cas de torsion du cordon spermatique à répétition.
Importance du pincement du col dans l'injection intra-utérine.
Hystéropexie abdominale. Grossesse... Accouchement... arrêté par la rigidité d'un col hypertrophié. Terminaison spontanée de l'accouchement après éclatement du col...
Drainage de la cavité pelvienne à travers le col utérin dans les infections consécutives à l'hystérectomie abdominale subtotale.
Remarques sur la pathogénie du decubitus acutus postopératoire.
Luxation scapulo-humérale compliquée de fractures multiples de l'extrémité supérieure de l'humérus. Résection de la tête humérale. Résultat fonctionnel excellent.
L'iodoforme. Sa disparition progressive dans la pratique chirurgicale. Son remplacement par le peroxyde de zinc dans le pansement vaginal.
Du traitement des abcès tuberculeux par le bleu de méthylène.

1905

La méthode oxygénée en chirurgie.
La désinfection des mains.
Des difficultés qui résultent de la friabilité de l'appendice dans la résection de cet organe. De l'appendicectomie incomplète.
De la conduite à tenir dans les corps étrangers de l'œsophage.
Hernie ombilicale volumineuse étranglée, pincement latéral de l'intestin dans un diverticule du sac... Des avantages de l'omphalectomie totale... dans la cure des hernies ombilicales.
Deux cas d'épiploïte à la suite de la cure radicale des hernies inguinales.
Le drainage de l'utérus puerpéral infecté.
Volumineux épithélioma massif de l'ovaire chez une jeune fille présentant une atrophie extrême des organes génitaux internes.

La torsion des kystes du parovaire.

Torsion d'un kyste du parovaire ayant déterminé des troubles d'intoxication.

Angiome profond de l'aisselle.

Deux cas de luxation du coude : luxation en dedans, luxation avec torsion.

Fracture sus-malléolaire consolidée. Développement ultérieur d'une arthrite du cou-de-pied et d'une ostéite de la partie inférieure des os de la jambe. Syphilis et tabes.

Plaidoyer en faveur du procédé de la compresse de flanelle pour l'administration du chloroforme.

Massage direct (transdiaphragmatique) dans un cas de mort apparente du nouveau-né.

1906

Epithélioma dendritique du sein

Cancer d'une glande mammaire accessoire.

L'ectopie inguinale du testicule n'est pas due à l'absence du gubernaculum testis.

De la périsigmoïdite.

Trois cas d'opération pour occlusion intestinale : deux morts, une guérison.

L'ablation de l'appendice dans la péritonite généralisée d'origine appendiculaire.

L'appendicite chronique pure.

Appendicite pendant les suites de couches.

Opération de Talma pour ascite cirrhotique. Mort le 7e jour.

Fracture de la phalange, consolidée avec interposition des tendons fléchisseurs.

De l'intervention sanglante (sous-cutanée et à ciel ouvert) dans les luxations métacarpo-phalangiennes en arrière.

Luxation métacarpo-phalangienne incomplète du pouce en avant. Réduction facile, mais instable. Arthrotomie et réduction.

Luxation médio-tarsienne en bas et en debors.

Absorption d'eau avant la chloroformisation pour éviter les vomissements.

Doit-on pincer la langue au cours de l'anesthésie générale ?

1907

Traité de technique opératoire, 2e édit., t. I.

Pleurésie purulente du sommet ouverte dans les bronches. Résection costale et drainage. Ulcération de l'aorte deux jours après l'opération.

Des pleurésies purulentes du sommet.

De la spléuectomie dans le paludisme.

Phimosis ayant déterminé des lésions ulcéreuses balano-préputiales qui persistèrent après la circoncision et nécessitèrent l'amputation du gland.

Fibrome utérin à noyaux multiples, dont un à dégénérescence muqueuse, remarquable par son volume.

A propos de la dégénérescence maligne du moignon cervical après l'hystérectomie subtotale pour fibrome. Supériorité de celle-ci.

Sur la ligature de la carotide primitive.

Luxation de l'extrémité antérieure du 10e cartilage costal.

Des cals vicieux.

Cal vicieux de la grosse tubérosité de l'humérus. De la voie à suivre pour atteindre celle-ci.
Main bote radiale par fracture de l'avant-bras. Ramollissement d'un cal de fracture récente à la suite de la décalcification osseuse consécutive à une fracture récente.
Fracture de la 1re phalange avec déplacement des fragments et adhérence des tendons fléchisseurs au cal.
La luxation du genou par rotation, limitée à l'une des tubérosités tibiales.
La luxation médio-tarsienne.
Un cas de masque ecchymotique de la face sans compression du tronc.
Anastomose spino-faciale pour paralysie faciale d'origine otique.
A propos du traitement du tétanos.
Des relations qui existent entre le traumatisme et le sarcome.
Sur l'aspiration dans les pleurésies purulentes.

1908

Traité de technique opératoire, 2e édit., t. II.
Procédé simple de cure radicale de la hernie inguinale : suture en bourse du collet du sac, sans résection de ce sac ; suture en huit de chiffre ou en double cercle de la paroi inguinale.
La section de l'arcade crurale dans la cure radicale de la hernie crurale.
Ablation d'une tumeur siégeant dans le prolongement antérieur de la parotide. Développement d'une tumeur salivaire, puis d'une fistule salivaire. Guérison spontanée.
Le lugol (solution iodo-iodurée) en chirurgie péritonéale.
Le drainage abdominal.
Rupture limitée à la partie postérieure d'un corps caverneux.
Un cas de testicule double (?).
Imperforation de l'anus avec abouchement anormal au périnée.
De l'avivement des parois vaginales dans la colporraphie.
De la myomectomie vaginale (vaginale et transvaginale).
Grand kyste du parovaire à contenu cholestérique.
De l'intervention sanglante dans la luxation scapulo-humérale, compliquée de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus.
Consultations chirurgicales.
De l'utilité de l'anesthésie dans les opérations de petite chirurgie.
Fracture de la mastoïde par balle. Otite purulente.
Les fausses maladies du cœur dans leurs rapports avec le service militaire.

1909

La ligature de l'artère axillaire n'expose pas à la gangrène du membre supérieur.
Du traitement de la rupture incomplète des artères.
Valeur du signe de Moskowicz pour le diagnostic du siège de l'obstruction artérielle, dans la gangrène due à cette obstruction.
Hématome anévrismal diffus, consécutif à une rupture spontanée de l'artère radiale.

Cancer gastro-côlique ; abcès développé au contact de la tumeur et s'étant ouvert au niveau de l'ombilic. Résection gastro-côlique.
De l'orchidopexie en cas d'absence ou d'atrophie des bourses.
A propos des abcès artificiels dans l'infection puerpérale.
Deux cas d'abcès artificiels dans l'infection puerpérale.
Hématocèle rétro-utérine et Polype utérin.
Pubiotomie latérale ; mort un mois après par péritonite d'origine annexielle.
Deux cas d'opération césarienne pour placenta prœvia.
Rapport sur la chirurgie des artères.
A propos des ruptures du quadriceps crural. Remarques sur leur traitement et sur leur pathogénie.
Luxation du radius en avant. Paralysie temporaire de la branche musculaire antérieure du radial.
De la fixation des pièces de pansement pour assurer l'isolement des plaies.
Moyen simple de désinfection de la peau par la teinture d'iode.
A propos de la fulguration.
Consultations chirurgicales, nouvelle édition.

1910

Du traitement des anévrismes artériels.
Du traitement des anévrismes artério-veineux.
Du traitement des hématomes artériels et artério-veineux.
L'anastomose artério-veineuse.
L'ablation systématique des muscles pectoraux au cours de l'extirpation des cancers du sein est à rejeter.
Hernie inguinale d'un diverticule de la vessie. Ablation du diverticule.
De la suture en bourse du collet du sac, sans résection de ce sac, dans la cure radicale de la hernie inguinale.
Du drainage de l'espace rétropubien.
Du drainage après la laparotomie pour hématocèle rétro-utérine.
Pseudo-grossesse fibromateuse.
Ostéome musculaire traumatique, indépendant d'un arrachement périostique.
Un cas de luxation trapézo-métacarpienne.
Troubles de circulation veineuse dans la jambe, avec phénomènes névralgiques intenses, à la suite d'une fracture de l'extrémité inférieure du péroné.
Des épanchements séreux intrapariétaux postopératoires.
De la confusion des rôles du médecin-traitant et du médecin-expert dans la loi sur les accidents du travail. Incompatibilité de ces rôles.
Epithélioma polykystique de l'ovaire ; propagation du cancer au péritoine pelvien ; hématocèle pelvienne confondue avec une torsion ou une rupture de la tumeur ovarienne.
L'écoulement du sang par le mamelon peut s'observer dans les tumeurs bénignes de la mamelle.

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

DES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — PUBLICATIONS DIDACTIQUES

L'Appendicite (En collaboration avec M. le Dr Ch. Monod). — Voy. p. 45

Traité de technique opératoire (En collaboration avec le Dr Ch. Monod). 2 vol. de 1969 pages, renfermant 1907 figures, Paris, 1902. Traduction italienne, 1903.

Notre but, en écrivant ce traité, a été de fournir au praticien un memento technique, libéré — autant que cela est possible, lorsque c'est un chirurgien qui écrit — de toutes considérations cliniques ou thérapeutiques ; devant servir, non à décider si telle opération doit être faite, mais à montrer, le parti une fois pris, comment il faut la conduire.

Notre désir a été d'énoncer aussi clairement et aussi complètement que possible le manuel opératoire de chaque intervention décrite, laissant notre personnalité de côté, ou ne la marquant que par la préférence que nous accordions à tel procédé sur tel autre — la supériorité d'une technique dépendant pour nous de sa valeur propre bien plus que du nom et de l'autorité de celui qui l'a inventée ou préconisée.

Nous nous sommes donc gardés de décrire à la suite les uns des autres tous les procédés connus, nous rappelant, pour l'avoir éprouvé, l'embarras du chirurgien lorsque, après une longue lecture, il cherche à se reconnaître dans le dédale qu'il vient de parcourir. En d'autres termes, nous avons essayé de dire plutôt la façon dont une opération devait être faite que celle, souvent multiple, dont elle pouvait l'être.

Ce défaut appelait un correctif. Il fallait mettre le lecteur curieux de science en état de combler ces lacunes volontaires, et cela en lui

disant les sources où il pouvait puiser pour se documenter plus complètement. De là nos index bibliographiques que nous avons établis avec toute la conscience possible.

Traité de technique opératoire. *Deuxième édition*, entièrement refondue. 2 vol. de 2038 pages, renfermant 2337 figures, Paris, 1907-1908.

L'accueil fait à la première édition de notre livre prouve qu'il répondait à un besoin. Succès, non moins que noblesse, oblige. Nous ne l'avons pas oublié en préparant cette seconde édition. Nous nous sommes efforcés d'apporter à notre ouvrage toutes les améliorations et additions qui nous ont paru nécessaires.

La principale de celles-ci a été l'introduction des chapitres *Ligature des artères* et *Amputations des membres*, que M. le Dr Robineau voulut bien se charger de rédiger.

La plupart des articles ont été complètement remaniés; certaines opérations, décidément abandonnées, ont été supprimées; un grand nombre d'interventions nouvelles ont été ajoutées.

Consultations médicales et chirurgicales, par MM. G. Lemoine, E. Gérard et J. Vanverts. Paris, 3e éd., 1908; 4e éd., 1909.

LA LIGATURE DE L'ARTÈRE AXILLAIRE
N'EXPOSE PAS A LA GANGRÈNE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

(J. Vanverts et J. Looten)

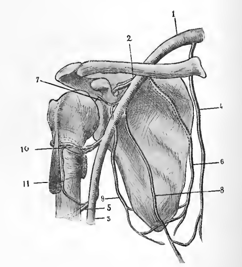


Fig. I. — Face antérieure de l'épaule.

1 Sous-clavière. — 2. Axillaire — 3. Humérale. — 4. Mammaire interne. — 5. Humérale profonde. — 6. Scapulaire postérieure. — 7. Acromio-thoracique. — 8. Mammaire externe. — 9. Scapulaire inférieure. — 10. Circonflexe antérieure. — 11. Anastomose entre l'humérale profonde et la circonflexe antérieure.

LA LIGATURE DE L'ARTÈRE AXILLAIRE
N'EXPOSE PAS A LA GANGRÈNE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

(J. Vanverts et J. Looten)

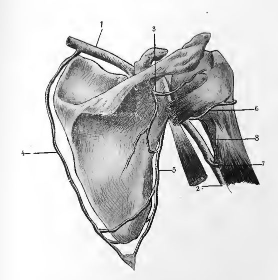


Fig. II. — Face postérieure de l'épaule.

1. Sous-clavière. — 2. Humérale. — 3. Scapulaire supérieure. — 4. Scapulaire postérieure. — 5. Scapulaire inférieure. — 6. Circonflexe postérieure. — 7. Humérale profonde. — 8. Anastomose entre la circonflexe postérieure et l'humérale profonde.

II. — RECHERCHES ANATOMIQUES

Anastomoses qui unissent les dernières branches de l'artère axillaire aux premières branches de l'artère humérale (En collab. avec le Dr Looten). *Echo médical du Nord*, 1909, p. 575.

Contrairement à l'opinion de Soupart et à celle de Derocque, nos injections et nos dissections nous ont montré que les dernières branches de l'artère axillaire sont unies par des anastomoses aux premières branches de l'artère humérale. En avant, une ou plusieurs anastomoses frêles unissent constamment la circonflexe antérieure, au moment où elle contourne le col chirurgical de l'humérus, et une branche née de l'humérale profonde près de son origine (fig. 1). En arrière, existent des anastomoses plus importantes, mais plus variables comme disposition: tantôt l'artère circonflexe postérieure détache à la face postérieure du col chirurgical un ou deux rameaux descendants qui viennent s'aboucher avec les rameaux ascendants de l'humérale profonde, le long de la longue portion du triceps (fig. 2) ; tantôt c'est la scapulaire inférieure qui envoie vers l'humérale profonde un ou plusieurs rameaux anastomotiques.

Un cas de testicule double (?). — Voy. p. 65.

Le gubernaculum testis n'est pas l'agent de descente du testicule dans les bourses. — Voy. p. 66.

Trajet de la branche antérieure du nerf circonflexe. *Bulletin et Mémoires de la Société médico-chirurgicale du Nord*, 1907, p. 113.

La branche antérieure du nerf circonflexe, qui se rend à la partie antérieure du deltoïde, suit d'abord le col chirurgical de l'humérus, puis se dirige en haut et en avant (fig. 3). Elle est donc dans une situation plus basse au niveau de la région externe de l'épaule (où son trajet

est horizontal) qu'au niveau de la région antérieure (où son trajet est oblique ascendant).

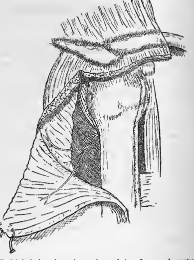


Fig. 3. — *Trajet de la branche antérieure du nerf circonflexe.* — La partie antérieure du deltoïde a été rabattue, après section horizontale près de ses insertions claviculaires et incision externe n'atteignant pas le col chirurgical.

Du trajet de la plèvre au niveau du bord inférieur du thorax. — *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, 1897, p. 239; et *Revue de gynécol. et de chir. abdominale*, 1897, n° 3, p. 509.

Les recherches que j'ai entreprises sur ce sujet, et dont le résultat a été communiqué à la Société de chirurgie par mon maître, M. le Dr Ch. Monod, ont abouti aux conclusions suivantes :

Le cul-de-sac costo-diaphragmatique n'a pas un trajet constant.

Au point de vue *anatomique*, on peut donner la description suivante

qui répond au trajet le plus fréquent du cul-de-sac : le cul-de-sac costo-diaphragmatique, ayant abandonné le bord du sternum, longe le 6e espace intercostal, croise le 7e cartilage costal à quelques millimètres en avant de la 7e articulation chondro-costale, la 8e côte près de la 8e articulation chondro-costale, les 9e et 10e côtes à 2 ou 3 centimètres en arrière des 9e et 10e articulations chondro-costales ; il atteint ensuite la 11e côte à 11 centimètres de la ligne des apophyses épineuses, à une distance de 2 à 4 centimètres de l'extrémité antérieure de la côte.

Au point de vue *chirurgical*, il serait imprudent de se baser sur ce trajet moyen du cul-de-sac pleural. Etant donné qu'il s'agit de connaître ce qu'on peut enlever du rebord inférieur du thorax sans s'exposer à léser la plèvre, il faut tenir compte, pour éviter tout accident opératoire, de son trajet le plus bas.

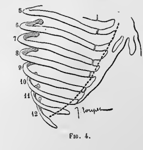


Fig. 4.

La description chirurgicale de ce cul-de-sac sera donc la suivante : après avoir abandonné le bord du sternum et longé le 6e espace intercostal près du bord supérieur du 7e cartilage, le cul-de-sac croise le 7e cartilage costal à 15 millimètres en avant de la 7e articulation chondro-costale,le 8e cartilage à 7 millimètres en avant de la 8e articulation chondro-costale, les 9e et 10e côtes à 10 millimètres en arrière des 9e et 10e articulations chondro-costales ; il atteint alors la 11e côte à 10 millmètres de son extrémité antérieure (fig. 4).

III. — CHIRURGIE

A. — GÉNÉRALITÉS

Du traitement des abcès tuberculeux par le bleu de méthylène. *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 26 mars 1904, p. 195; et *in* P. Chancel, *Etude clinique et expérimentale de l'action du bleu de méthylène comme anti-tuberculeux.* Thèse Lille, 1904, obs. VIII à XIV.

Sous l'influence des pansements au bleu de méthylène les cavités tuberculeuses se comblent et se cicatrisent parfois rapidement.

De l'intervention chirurgicale dans les adénies. 5e *Congrès franç. de méd.*, Lille, 1899, p. 428.

L'opinion de la plupart des auteurs sur le rôle du chirurgien en présence d'une adénie est que l'intervention est toujours inutile et qu'elle peut être nuisible. Cette manière d'envisager la question nous semble trop radicale. Si, en effet, toute intervention est frappée de stérilité dans les cas où la lésion n'est plus cliniquement localisée, soit qu'il existe de la leucémie, soit que les tumeurs soient multiples, il n'en est pas nécessairement ainsi quand le lymphadénome est circonscrit à un organe.

Les observations prouvent que dans ces conditions la guérison ou, du moins, une survie notable est possible. Il faut donc s'efforcer d'intervenir de bonne heure, de façon à se mettre dans les meilleures conditions possibles de réussite.

A propos du traitement du tétanos (Discus.). *Bull. et Mém. de la Société de chir.*, 1907, p. 449.

Un cas de tétanos peu intense. Injection de sérum antitétanique. Guérison.

Des relations qui existent entre le traumatisme et le sarcome. Discussion au *XX*e *Cong. franç. de chir.*, 1907, p. 896.

Au cours de la discussion qui eut lieu sur ce sujet au Congrès de chirurgie, à la suite des rapports de MM. Segond et Jeanbrau, j'apportai deux faits dont l'un, banal, concerne la transformation sarcomateuse d'un nœvus sous l'influence d'un choc et dont l'autre, plus intéressant, se rapporte à un cas de sarcome télangiectasique développé chez une enfant à la suite d'une fracture du fémur. Il semble bien, comme l'a écrit du reste M. Segond, que dans ce dernier fait la fracture a joué un rôle dans l'apparition du sarcome ; mais, malgré les apparences démonstratives, on ne peut être absolument affirmatif, un petit noyau sarcomateux ayant pu préexister dans la portion de l'os qui fut fracturée.

A propos de la fulguration. *Echo méd. du Nord*, 1909, p. 412.

La fulguration ne m'a pas donné de résultats encourageants dans les quelques cas où je l'ai utilisée. Elle semble, au contraire, avoir déterminé la guérison rapide d'un vaste abcès tuberculeux.

B. — ARTÈRES

Chirurgie des artères. Rapport au *XXII*e *Cong. franç. de chir.*, Paris, 1909, p. 20-166.

Dans ce rapport, nous avons admis que nous étions simplement invités à rechercher quelle doit être à l'heure actuelle la conduite du chirurgien à l'égard des principales lésions ou affections des artères qu'il peut être appelé à traiter, en tenant particulièrement compte des acquisitions nouvelles dont la pratique moderne s'est enrichie.

L'ordre que nous avons suivi est le suivant : *contusions et ruptures des artères ; plaies ; thromboses et embolies ; anévrismes artériels ; anévrismes artério-veineux ;* cinq chapitres précédés d'un sixième ou, plus exactement, d'un premier où nous avons rappelé comment s'obtient l'*hémostase opératoire préventive*, l'arrêt complet de la circulation locale

étant la condition nécessaire de la plupart des interventions de chirurgie artérielle.

Contusions et ruptures. — Nous en avons réuni 106 cas. Il en existe évidemment bien davantage. Mais — et cette remarque s'applique à toutes les observations dont nous avons fait état dans notre travail — nous avons systématiquement laissé de côté toutes celles antérieures à ce que l'on appelle communément l'ère antiseptique. Et cela, non pour simplifier notre tâche, mais — on nous permettra de le dire — pour faire œuvre vraiment utile. Ne peut-on, en effet, considérer comme sans valeur réelle les cas où l'infection, l'érysipèle, les hémorragies secondaires, etc., venaient troubler de si fâcheuse façon les tentatives opératoires les mieux combinées ?

Et voici, justement à propos des ruptures artérielles, une justification de cette manière de voir et de faire.

Le grand danger de ces ruptures est la gangrène qui résulte soit de l'obstruction des vaisseaux par thrombose, soit de l'épanchement sanguin périphérique qui met obstacle au développement de la circulation collatérale. Dans un relevé de Herzog que nous rapportons, la fréquence de cette gangrène est estimée à 53 pour 100, dans la nôtre à 60 pour 100.

Ce danger était autrefois regardé comme si considérable et à tel point inévitable qu'il semblait commander le sacrifice immédiat du membre, pour mettre le blessé sûrement à l'abri des complications septiques alors si particulièrement graves.

Il n'en est plus de même aujourd'hui. Quand même on croirait devoir s'abstenir de toute intervention active, il est maintenant permis d'attendre, en plaçant les parties menacées dans un milieu chaud et chirurgicalement propre.

Et si, néanmoins, il faut en venir à l'amputation, celle-ci n'a pas la gravité qu'elle avait jadis : sur 52 cas d'amputation pour rupture artérielle, postérieurs à 1880, nous n'avons relevé que 3 morts pour 49 guérisons.

Mais n'y a-t-il pas mieux que cette attente armée ?

Certains l'ont pensé et leur avis est partagé par beaucoup. Puisque, comme nous venons de le rappeler, l'épanchement sanguin profond, suite ordinaire de la rupture, joue un rôle considérable dans la production de la gangrène, n'est-il pas indiqué — pareille intervention étant actuellement sans péril — d'évacuer cet épanchement, puis de lier dans le foyer les deux bouts de l'artère rompue ?

Nous avons pu constater que 20 fois cette action directe sur la lésion a été faite avec 14 succès.

Les choses, il est vrai, ne se présentent pas toujours de la sorte. L'épanchement sanguin peut être médiocre ou nul, le diagnostic de rupture ou du moins celui de contusion profonde de l'artère n'est cependant pas douteux et la gangrène menace. Ne fera-t-on rien pour la prévenir? N'est-on pas autorisé, dans ce cas encore, à aller à l'artère blessée pour l'ouvrir, extraire le caillot qui l'obstrue, en refermant ensuite par suture la paroi vasculaire?

Deux fois, par Lejars en France, par Stewart en Amérique, cette opération a été faite, sans succès d'ailleurs : la thrombose s'est reproduite et la gangrène a poursuivi son cours.

D'autres ont pensé qu'il suffisait de lier l'artère en aval de la lésion, pour s'opposer au transport à la périphérie de fragments cruoriques pouvant, pour leur part, être cause de la gangrène à distance. Wharton, en 1886, a procédé de la sorte avec un résultat qui parut devoir être bon, espoir brusquement détruit par une hémorragie foudroyante, due sans doute à l'infection, se produisant le 9e jour.

Ces tentatives, dont Lejars et Delbet se sont faits les défenseurs à la *Société de Chirurgie* en 1902, sont rationnelles ; l'avenir dira si, dans certains cas favorables, elles ne peuvent être suivies de succès.

Plaies des artères. — Découvrir l'artère blessée et en lier les deux bouts dans la plaie, telle est la pratique sûrement efficace, aujourd'hui adoptée par tous et qui restera toujours le plus ordinairement suivie.

Mais n'est-il pas des cas où la ligature puisse être remplacée par une suture qui, suffisant à assurer l'hémostase, aurait, en outre, l'avantage de conserver au vaisseau son calibre et de mettre les parties qu'il est chargé d'irriguer à l'abri de tout trouble de nutrition?

Cette question, très actuelle, méritait d'être examinée de près. Nous avons été ainsi conduits à envisager d'ensemble l'histoire de la *suture des artères*, en cherchant en particulier à établir les résultats qu'elle a donnés chez l'homme.

La suture d'une artère peut, on le sait, être *latérale* ou *circulaire*.

De la première nous avons réuni 66 cas, avec 65 succès cliniques, auxquels il convient d'ajouter 12 sutures faites à la suite d'artériotomie et 26 anévrismorraphies d'après les procédés de Matas, sur lesquels nous reviendrons plus loin — ce qui porte, en fait, à 104 les cas où la paroi des artères a été fermée par une suture latérale.

Les sutures circulaires ou, mieux, les réunions bout à bout d'une artére sectionnée en travers sont en nombre beaucoup moindre : 7 d'aprés le procédé d'invagination de Murphy — peu usité aujourd'hui — avec 5 succés cliniques ; 1 seul cas, heureux d'ailleurs, de réunion sur appareil prothétique par le procédé de Payr ; 13 sutures proprement dites, avec 10 succès cliniques — soit, en tout, 21 cas de réunions bout à bout.

Dans ces 125 cas de suture artérielle, l'hémostase a été parfaite.

On est moins bien fixé sur la question de la perméabilité, conservée ou non, du vaisseau. Il est permis de supposer que le calibre de l'artère a été respecté lorsque, immédiatement aprés l'opération, le pouls disparu reparaît en aval et reste perceptible dans la suite. Il n'en fut ainsi que 23 fois sur 90 cas de suture proprement dite, actuellement publiés.

Plus souvent, ou bien la perméabilité reste douteuse, ou bien on a eu la preuve qu'un thrombus occupait la lumiére du vaisseau.

La nutrition du membre n'en est pas, pour cela, sérieusement compromise. Il n'existe pas, en effet, un seul cas de gangréne totale par obstruction d'artére à la suite de suture.

Mais des gangrénes partielles ne peuvent-elles survenir par détachement de fragments du caillot thrombosique? Cette complication ne doit pas être fréquente ; nous n'avons trouvé que trois cas où elle semble s'être produite. L'éventualité n'est donc pas assez redoutable pour que, de ce fait seul, comme on l'a soutenu, il faille renoncer à la suture. On n'y aura cependant recours que dans certaines conditions déterminées.

Et d'abord, jamais sur des artères ayant moins de 3 millimétres de diamétre : la sténose provoquée par la striction des fils, sans importance sur un gros tronc, oblitérerait sûrement une artére de petit calibre. Mieux vaut assurément une « bonne ligature ».

Il faut, d'autre part, que la paroi vasculaire soit saine : si elle est friable ou athéromateuse, la suture devient pratiquement impossible.

Il est indispensable, enfin, de n'opérer que sous le couvert de la plus rigoureuse asepsie, seul moyen d'éviter la thrombose qui demeure la grande cause d'échec de toute intervention sur les artères. Carrel a bien mis ce point en relief : « Le degré d'asepsie, dit-il, qui suffit au succés d'une opération abdominale, peut être incapable d'assurer la réussite d'une intervention sur les vaisseaux. »

Mais, si toutes conditions favorables sont réunies, il est permis de

dire — et c'est notre conclusion — que la technique de la suture est aujourd'hui assez perfectionnée et ses résultats assez bons pour que l'on puisse la considérer comme pouvant être pleinement indiquée. Elle le sera tout particulièrement dans les cas où la ligature est dangereuse (aorte, carotide primitive, blessure simultanée des fémorales commune et profonde ou d'un gros tronc artériel et de sa veine satellite).

Ce qui précède ne s'applique qu'à une plaie d'artère simple et peu étendue. Si elle est avec perte de substance ou s'il y a eu résection d'un segment de vaisseau, la ligature, qui semble alors seule applicable, ne pourrait-elle, en certains cas — toujours avec l'espoir de conserver ou de rétablir le cours normal du sang — être remplacée par une greffe comblant l'écart qui sépare les deux bouts de l'artère ?

Nous avons, pour répondre à cette question, abordé celle, toute d'actualité aussi, des *greffes et transplantations vasculaires.*

Nous nous y arrêterons peu, dans ce résumé d'ordre essentiellement pratique, car, en dépit des brillants résultats obtenus par Carrel et ses émules sur les animaux, que l'on trouvera consignés dans notre rapport, il n'existe, à notre connaissance, chez l'homme, que deux cas de greffe artério-veineuse et une tentative de greffe artérielle. Ces faits se rapportent à des résections d'artères pour anévrismes ; nous les retrouverons plus tard.

A l'expérimentation pure aussi appartiennent les tentatives de Carrel et Guthrie de *greffe péritonéale* — fragment de péritoine enroulé en tube, remplaçant le segment manquant de l'artère — et celles de *rapiéçage* des artères, consistant à combler la perte de substance par une *pièce* empruntée à une artère, à une veine ou au péritoine.

Nous nous sommes contentés de signaler ces faits curieux qui ne constituent encore qu'une pierre d'attente pour la chirurgie de l'avenir.

Nous avons indiqué aussi seulement en quelques mots — et pour ne pas paraître les ignorer — les applications possibles de la suture artérielle aux *greffes et transplantations d'organes* et à la *transfusion directe du sang* d'après le procédé de Crile et Dolley. L'étude complète de ces faits nous aurait entraînés hors de notre sujet et aurait singulièrement allongé notre rapport.

Or, il nous restait encore un long chemin à parcourir.

Et, tout d'abord, il nous fallait, après avoir envisagé les plaies des artères en général, passer en revue les *plaies des diverses artères en par-*

ticulier et rechercher à quel moyen, pour chaque artère, les chirurgiens de nos jours se sont de préférence adressés.

Ici, nous sommes naturellement obligés de tourner court, renvoyant à notre texte pour des détails qui ne peuvent être résumés.

Il nous sera permis cependant de signaler les deux paragraphes dans lesquels, à propos des plaies de l'aorte et de celles de la carotide, nous avons cherché à mettre au point la question de la possibilité et de la gravité de la ligature de ces artères, et aussi une observation remarquable et peu connue de suture circulaire de l'aorte, faite avec succès par Braun chez une fillette de six ans.

Thrombose et Embolie. — C'est notre quatrième chapitre. Le seul fait qu'il ait pu être écrit n'est-il pas un signe des temps ! Qui donc, parmi nos pères, et même parmi ceux de la génération de l'aîné d'entre nous, aurait songé à une intervention chirurgicale quelconque lorsque la circulation est arrêtée dans une artère par thrombose ou par embolie ?

Assurément les tentatives faites en ce sens ne sont pas courantes. Elles sont assez nombreuses, cependant, pour que l'on puisse essayer d'en établir la valeur.

Nous en avons déjà dit un mot à propos de la rupture des artères. Nous avons vu que deux fois on a essayé d'extraire par artériotomie le caillot qui obstruait le vaisseau rompu.

Il existe huit autres exemples d'opérations semblables, dont un pour thrombose d'origine inconnue et sept pour embolie. Dans tous ces cas, le caillot s'est reformé plus ou moins rapidement, ce qui ne veut pas dire que l'intervention ait été absolument inutile, car, comme l'a fait remarquer Delbet, il n'est peut-être pas nécessaire que la perméabilité de l'artère soit ni complète ni définitive pour que l'on rende service au malade, une perméabilité transitoire pouvant donner à la circulation collatérale le temps de s'établir.

En fait, cependant, le moyen paraît peu recommandable. Il fallait trouver mieux. Puisque l'obstacle supprimé se reproduit toujours, ne l'attaquons pas de front, s'est-on dit ; tournons-le ; anastomosons l'artère en amont avec la veine satellite en aval et ouvrons ainsi au sang artériel, pour arriver à la périphérie, la voie veineuse restée libre.

Nous n'avons pu, en raison de l'espace limité dont nous disposions, nous étendre sur cette intéressante question et nous en avons repris ultérieurement l'étude détaillée (voy. p. 33).

Nous ne pouvions, à propos de cette étude des interventions pour thrombose et embolie, ne pas mentionner spécialement les tentatives hardies de Trendelenburg, faites pour extraire de l'*artère pulmonaire* des caillots emboliques arrêtés dans ce vaisseau. Nous n'avons eu connaissance complète que de 3 cas (sur 4) où cette opération ait été exécutée chez l'homme, dans tous trois sans succès. Un des malades survécut cependant cinq jours et mourut peut-être d'infection. Y a-t-il là une ressource à laquelle on soit autorisé à recourir ? Nous n'oserions l'affirmer.

Moins accessibles encore sont les *embolies des artères mésentériques*. Le seul traitement opératoire de la gangrène de l'intestin qu'elles déterminent — la résection des anses sphacélées — sera généralement inapplicable, en raison de l'étendue le plus souvent trop considérable des parties atteintes.

Anévrismes artériels. — Ici notre tâche a été singulièrement facilitée par les recherches antérieures de Delbet. Nous avons, en effet, à peine besoin de rappeler que, dans deux importants travaux, en 1889 et en 1895, sans compter un remarquable article paru en 1897, dans son *Traité de chirurgie*, qui résumait les deux précédents, notre excellent et savant collègue a, pour les anévrismes en général et en particulier, fixé l'état de la pratique chirurgicale aux époques où il écrivait.

Il nous suffisait donc, tenant pour acquis les résultats constatés par lui, de voir si l'examen des faits récents était de nature à modifier ses conclusions ou, encore, si quelques progrès thérapeutiques avaient été accomplis depuis lors.

Ce nouvel examen de la question repose sur 410 observations d'anévrismes des membres recueillies par nous.

Nous avons groupé en tableau ces faits d'après les moyens employés pour la cure de l'affection.

Les chiffres de ce tableau sont singulièrement éloquents. On y voit, en effet, que, dans ces 410 cas, l'on n'a eu recours que 19 fois à la compression indirecte, 138 fois à la ligature en amont ; tandis que l'action directe sur l'anévrisme (extirpation et incision) a été mise en œuvre dans 250 cas, dont 205 extirpations simples — soit exactement 50 p. 100 — alors que Delbet, en 1895, sur un total de 222 cas d'anévrismes traités depuis 1887, n'en trouvait que 37 (16,6 pour 100) pour lesquels on eût eu recours à ce moyen.

On ne saurait montrer d'une façon plus saisissante l'orientation de

plus en plus accentuée des chirurgiens de nos jours vers les méthodes directes de traitement des anévrismes, éclatante confirmation de vues de Delbet et justification de ses efforts pour établir la supériorité de l'extirpation sur la ligature.

Non que celle-ci soit incapable de guérir un anévrisme (le pourcentage des succès par ligature ne s'élève, dans notre statistique, pas à moins de 74 p. 100); mais,comme l'a fait remarquer notre collègue, la guérison, par suite de la persistance du sac, peut être « de qualité inférieure » et surtout elle expose plus que l'extirpation à la gangrène.

A ce dernier point de vue, il est permis de rapprocher les uns des autres les faits anciens et modernes. Il semble bien, en effet, que l'introduction des pratiques antiseptiques en chirurgie n'ait eu que peu ou point d'influence sur la fréquence de la gangrène à la suite de la ligature des artères — que le fil soit placé à distance ou, comme dans l'extirpation, au-dessus et au-dessous de la tumeur.

Or, tous les chiffres — ceux de Delbet, les nôtres, ceux de Wolff qui portent sur un total de près de 2.000 cas — concordent pour établir que la gangrène, dans le traitement des anévrismes des membres, est plus fréquente après la ligature qu'après l'extirpation.

Mais voici qu'une évolution analogue à celle qui s'est produite pour les plaies des artères — grâce à l'introduction de la suture en chirurgie artérielle — s'esquisse de nos jours pour les anévrismes.

On s'est demandé si, l'extirpation faite, il ne serait pas possible de rétablir par suture simple ou par greffes la continuité de l'artère, de réaliser ainsi ce que Lexer a appelé justement « la cure idéale de l'anévrisme ».

Nous avons déjà fait allusion à ces tentatives. Elles sont, chez l'homme du moins, bien peu nombreuses : deux cas de suture directe avec deux succès, appartenant à Enderlen, en Allemagne, et à notre distingué collègue Dauriac, en France ; deux cas de greffe artérioveineuse, l'un de Lexer, qui s'est terminé par gangrène et mort, l'autre de Goyanes, qui a été un succès — auxquels il faut ajouter une tentative de greffe artérielle faite par Delbet, qu'il ne put poursuivre en raison du mauvais état de la paroi vasculaire chez son opéré.

La question, on le voit, est encore à l'étude.

Le même but — la conservation et la reconstitution du calibre du vaisseau — a été visé par Matas dans deux au moins des procédés qu'il préconise : la « restorative » et la « reconstructive » anévrismorraphie.

Le premier de ces procédés, qui a donné 13 succès sur 13 cas, semble excellent ; mais les occasions de l'appliquer ne doivent pas se présenter souvent, puisqu'il n'a pu être utilisé que 13 fois sur les 85 cas d'anévrismes opérés par les procédés de Matas.

C'est généralement à l'anévrismorraphie dite « oblitérante » que l'on a eu recours. Ce procédé — qui ne respecte pas la lumière du vaisseau puisque les deux orifices de communication de l'artère avec le sac anévrismal sont fermés par suture — est celui que l'on a coutume d'opposer à l'extirpation. Lui est-il réellement supérieur ? La chose est loin d'être démontrée.

Et d'abord, par ce moyen, le sac est conservé, ce qui est un inconvénient. Et surtout il ressort de la comparaison des chiffres que l'anévrismorraphie semble exposer plus à la gangrène que l'extirpation.

Les tentatives de Matas n'en sont pas moins intéressantes. Il est à souhaiter que ces procédés soient examinés de plus près, non seulement en France, mais en Europe, — tous les cas rapportés par lui ayant été, moins 6 (4 en Italie, 2 en Espagne), recueillis seulement en Amérique.

Nous ne pouvions, dans cette étude générale de traitement des anévrismes, passer sous silence les *moyens divers* qui ont été employés pour en tenter la guérison particulièrement dans les cas où l'intervention sanglante est périlleuse ou impossible (aorte, artères de la base du cou, etc.).

A vrai dire, nous n'en avons guère retenu que deux : l'*introduction de corps étrangers dans le sac* avec ou sans électrolyse — qui a trouvé récemment, en Amérique aussi, une faveur pas tout à fait imméritée — et les *injections sous-cutanées de gélatine*, dont notre excellent collègue et maître Lancereaux s'est fait l'ardent promoteur.

On verra, dans notre rapport, sans que nous puissions ici en dire davantage, que l'une et l'autre de ces pratiques ont pu, dans des cas malheureusement exceptionnels, donner des résultats moins décourageants que celles auxquelles on a eu jusqu'ici recours.

Comme pour les plaies des artères, nous avons fait suivre ces considérations générales sur le traitement des anévrismes d'un aperçu rapide, et à certains égards insuffisant, de l'application aux cas particuliers des divers procédés actuellement en usage, nous réservant de reprendre ultérieurement cette question en détail (voy. p. 31).

Nous avons cru devoir, en terminant ce chapitre, consacrer quelques

lignes à certains *anévrismes rares* : hépatique, splénique, rénal, mésentérique, utérin et vaginal, spermatique.

La plupart ne sont que des curiosités pathologiques. Quelques-uns — ceux de l'artère hépatique, de la rénale, de l'utérine — ont pu être traités chirurgicalement.

Anévrismes artério-veineux. — C'est notre dernier chapitre. Il est subdivisé, comme le précédent, en deux : anévrismes artério-veineux en général, anévrismes artério-veineux en particulier.

Notre point de départ a pu, cette fois encore, être les travaux de Delbet :la thèse qu'il a soutenue en 1888 sur ce sujet et son récent article (1897) du *Traité de chirurgie*.

En 1897, Delbet résumait comme suit la façon dont, selon lui, le traitement des anévrismes artério-veineux devait être institué : 1° tenter la compression dans les cas récents sans y insister ; 2° faire la quadruple ligature lorsque le sac est trop petit ou qu'il manque ; 3° extirper le sac dès qu'il a un certain volume.

Notre rôle était de voir si, d'après les 174 nouveaux cas que nous avons pu rassembler, ce plan de conduite était encore celui des chirurgiens actuels.

Or, si, négligeant les autres méthodes à peu près abandonnées, nous nous bornons à comparer entre elles la quadruple ligature, d'une part, et, d'autre part, l'action directe sur l'anévrisme (incision ou extirpation), nous arrivons à constater que la première n'a été utilisée que dans 15 cas contre 117 d'incision ou d'extirpation.

Un mot suffira pour expliquer un pareil écart : la gangrène à la suite de la quadruple ligature est infiniment plus fréquente (20 pour 100) qu'aprés l'incision ou après l'extirpation (1,7 pour 100), en même temps que les guérisons sont moins nombreuses dans le premier cas (60 pour 100) que dans le second (95 pour 100).

Dans un travail récent, von Oppel arrive par d'autres arguments à faire ressortir la valeur de l'extirpation.

Son point de vue est le suivant. Le but à atteindre, dans une opération dirigée contre un anévrisme artério-veineux, est la séparation complète et définitive des deux courants artériel et veineux, pathologiquement confondus. A ce prix seul, la gangrène sera sûrement évitée. Si la communication persiste, en effet, si par voie directe ou indirecte le sang artériel peut gagner les veines, il sera, pour ainsi dire, drainé par celles-ci et ne se portera pas à la périphérie, ce qui mettra

la nutrition du membre en péril. Seule l'extirpation donnera à cet égard une complète sécurité.

A l'appui de ces considérations, von Oppel apporte la remarquable observation suivante, véritable expérience faite sur le vivant.

Il s'agissait d'un homme porteur d'un anévrisme artério-veineux de l'aisselle, chez lequel on intervint trois fois dans l'espace de neuf heures. Chaque opération était motivée par l'étude de la pression artérielle périphérique d'après le procédé de Korotkov, cette exploration montrant chaque fois que la nutrition du membre était menacée.

1re *Opération* (midi). — Ligature de l'axillaire au-dessus du sac. La pression périphérique, qui, avant l'opération, lorsque l'on comprimait l'artère au même point, était de 40 millimètres, tombe aussitôt à 0° et en même temps se montrent des signes de gangrène menaçante.

On en conclut que le sang des voies collatérales artérielles, au lieu de gagner la périphérie, est drainé par voie veineuse. Il fallait donc lier la veine.

2e *Opération* (3 h. 1/2). — Ligature de la veine axillaire au-dessus du sac. Mais la pression périphérique demeure à 0°. Il doit donc rester quelque large communication du sac avec le système veineux. On remarque au reste que, en exerçant une forte compression dans la plaie au fond de l'aisselle, la main reprend de la couleur et que la pression à la périphérie remonte à 40 millimètres. On cherche donc dans la profondeur et l'on découvre une grosse veine axillaire qu'on lie. Subitement la pression remonte à 40 millimètres.

Il en est ainsi jusqu'à 7 h. 1/2 du soir. A cette heure, la pression périphérique est retombée à 0° ; le membre est froid.

3e *Opération*. (8 h. 1/2 soir). — Extirpation du sac. On reconnaît que d'autres veines s'ouvraient encore dans la poche et avaient dû à leur tour détourner le sang artériel.

Aussitôt après l'extirpation, la pression remonte à 30 millimètres ; le lendemain, elle est à 40 millimètres. — Guérison.

On ne saurait établir de façon plus nette l'importance de l'extirpation pour la cure de l'anévrisme artério-veineux.

Mais la question s'est, dans ces derniers temps, autrement posée. On s'est demandé si, comme pour les anévrismes artériels, il ne serait pas possible de conserver, après guérison de la lésion, ou de rétablir la perméabilité des vaisseaux intéressés.

Ces opérations conservatrices ont été faites un assez grand nombre de fois, puisque nous en avons compté jusqu'à seize exemples, et les résultats obtenus sont, dans leur ensemble, encourageants. Mais bien rares les cas où les conditions seront suffisamment favorables pour que l'on puisse y avoir recours.

On songera, du moins, à les utiliser, quitte à se contenter de l'inci-

sion ou de l'extirpation si les tentatives de conservation sont reconnues impossibles.

On trouvera dans notre texte la justification de ces réserves.

Comme pour les anévrismes artériels, nous avons présenté une revue succincte de l'application aux cas particuliers des divers procédés actuellement en usage. Cette étude a ensuite été reprise par nous avec plus de détails (voy. p. 31).

Du traitement de la rupture incomplète des artères.
Echo méd. du Nord, 1909, p. 453.

A propos d'un cas personnel dans lequel la gangrène avait succédé nettement à une embolie partie du foyer de contusion et où l'on dut recourir à l'amputation, je reprends la question du traitement de la rupture incomplète des artères.

L'étude des cas d'extraction des caillots pour thrombose due à une rupture ou à une autre lésion artérielle — cas dont je donne les relations résumées — montre que ce mode de traitement n'est pas susceptible de rendre aux artères leur perméabilité, à cause des lésions de l'endartère qui existent.

C'est donc la résection du segment artériel thrombosé ou la ligature en aval de l'artère qu'il faut tenter.

Hématome anévrismal diffus, consécutif à une rupture spontanée de l'artère radiale, chez un homme atteint d'hémophilie et d'insuffisance aortique. *Echo méd. du Nord,* 1909, p. 241.

Le point intéressant de cette observation concerne la cause de la rupture artérielle, celle-ci s'étant produite sans traumatisme ni effort.

Sur la ligature de la carotide primitive. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1907, p. 1193.

Fait publié au cours de la discussion sur cette question à la Société de chirurgie. Au cours de l'extirpation d'un sarcome du cou chez un vieillard à artères relativement souples, je pus sans inconvénient réséquer la terminaison de la carotide primitive et l'origine de chacune des carotides secondaires.

De la ligature des vaisseaux spléniques. — Voy. p. 59 et 60.

La ligature de l'artère axillaire n'expose pas à la gangrène du membre supérieur (En collabor. avec le Dr Looten). *Cong. pour l'avanc. des Sc.*, Lille, 1909 ; *Echo méd. du Nord*, 1909, p. 575.

Il n'existe pas, contrairement à ce qu'ont soutenu certains auteurs, de zône dangereuse au niveau de l'artère axillaire. Les faits cliniques sont d'accord sur ce point avec nos recherches anatomiques (voy. p. 15). Il en résulte que l'on peut, sans crainte, lier l'artère axillaire en un point quelconque de son trajet.

Sur l'extirpation des gros anévrismes du creux poplité. *15e Cong. franç. de chir.*, 1902, p. 803.

Cette communication est basée sur un cas d'énorme anévrisme occupant toute la poplitée et une partie de la fémorale. L'intervention consista dans l'extirpation de la poche et de la veine adjacente ; elle fut suivie de guérison.

Du traitement des anévrismes artériels. Documents et remarques (En collab. avec le Dr Monod). *Rev. de chir.*, mai, juin et juillet 1910.

Ce travail complète la partie de notre rapport au Congrès français de chirurgie, consacrée aux *Anévrismes artériels*. Nous y indiquons, pour chaque artère, les résultats des divers traitements opératoires et nous apportons, à l'appui de nos statistiques et de nos conclusions, le résumé des observations que nous avons pu recueillir depuis 1895 et qui sont au nombre de 475, dont 16 inédites.

Du traitement des anévrismes artério-veineux. Documents et remarques (En collab. avec le Dr Monod). *Rev. de chir.*, 1910 (sous presse).

Ce travail complète, comme le précédent, la partie de notre rapport au Congrès français de chirurgie, consacrée aux *Anévrismes artério-veineux*. Nous y indiquons, pour chaque artère, les résultats des divers traitements opératoires et nous apportons, à l'appui de nos statistiques et de nos conclusions, le résumé des observations que nous avons recueillies depuis 1889 et qui sont au nombre de 162, dont 3 inédites.

Du traitement des hématomes artériels et artério-veineux. Documents et remarques (En collab. avec le Dr Monod). *Rev. de Chir.*, 1910 (*sous presse*).

Comme les précédents, ce travail complète la partie de notre rapport au Congrès de chirurgie, consacrée aux plaies et aux ruptures artérielles et artério-veineuses compliquées d'hématomes. Nous avons réuni dans une même étude ces diverses lésions dont le traitement est identique.

Notre étude aboutit comme conclusion à la supériorité indiscutable de l'ouverture de l'hématome avec ligature des deux bouts des vaisseaux blessés (ou exceptionnellement suture de ces vaisseaux) ; l'hémostase préventive devant être, autant que possible, assurée en amont de l'artère blessée, pour faciliter l'hémostase définitive dans la plaie et pour éviter les hémorragies abondantes qui succèdent souvent à l'ouverture de l'hématome.

La ligature de l'artère en amont, qui a donné de nombreux succès, doit être préférée à l'ouverture de l'hématome dans les cas rares où celle-ci est contre-indiquée pour une raison quelconque. Elle peut aussi être utilisée, avec de grandes chances de succès, en cas d'hématome de petit volume.

Valeur du signe de Moskowicz pour le diagnostic du siége de l'obstruction artérielle dans la gangrène due à cette obstruction. *Echo méd. du Nord*, 1909, p. 592.

La difficulté de déterminer la limite du « mort » et du « vivant » au cours des gangrènes par artérite explique les opinions contraires professées au sujet de l'amputation du membre lésé : les uns conseillent l'amputation précoce pour supprimer les souffrances et éviter l'infection ; les autres préfèrent l'amputation retardée, de façon à être certains d'opérer en deçà des parties mortifiées.

Moskowicz a indiqué un moyen qui, d'après deux cas qu'il rapporte et huit autres de Mendelsohn, semble permettre de fixer la limite de l'ischémie à la suite de l'obstruction artérielle. Ce moyen consiste à provoquer l'hyperémie active d'un membre en appliquant, puis en enlevant un lien élastique à la racine du membre : sur un membre sain, une rougeur diffuse s'étend rapidement jusqu'à l'extrémité ; en

cas d'oblitération artérielle, tantôt la rougeur s'arrête brusquement en un point, tantôt elle ne diffuse que progressivement et lentement en laissant certains territoires pâles. En amputant au niveau des tissus certainement vascularisés, on aura chance de ne pas voir survenir de gangrène des lambeaux.

J'ai eu l'occasion de mettre ce moyen deux fois en pratique. Bien que mes deux cas ne soient pas absolument démonstratifs, ils paraissent confirmer les résultats obtenus par Moskowiez et par Mendelsohn.

L'anastomose artério-veineuse. *Arch. gén. de chir.*, avril et mai 1910, p. 331-353 et 441-464.

L'anastomose artério-veineuse est destinée à assurer le transport du sang rouge jusqu'aux capillaires par l'intermédiaire des veines.

Elle s'applique aux cas d'obstruction d'une grosse artère avec ischémie des parties situées en aval.

A son propos, diverses questions se posent :

1° *Cette anastomose est-elle possible ?* — Les nombreuses expériences d'anastomose artério-veineuse et les 26 faits cliniques que nous avons pu recueillir montrent la possibilité de cette opération. Il faut cependant se rappeler que, chez l'homme, la thrombose au niveau de l'orifice anastomotique ou des segments adjacents est beaucoup plus fréquente que chez l'animal, en raison de l'artério-sclérose qui existe presque toujours chez les individus opérés.

2° *L'anastomose artério-veineuse peut-elle déterminer un changement dans la direction du cours du sang et permettre le transport du sang artériel dans les veines vers la périphérie ?* — Cette possibilité semble prouvée par les expériences récentes de Carrel et Guthrie, de Tuffier et Frouin, de Cottard et Villandre ; mais aucun fait clinique n'est venu confirmer, d'une façon certaine, les résultats des expériences.

Les battements souvent perçus dans les veines au-dessous de l'anastomose n'indiquent pas que le sang chemine dans ces vaisseaux du centre vers la périphérie ; le réchauffement et la recoloration des parties en aval, les améliorations ne sont pas suffisants pour que l'on ait le droit de conclure à la production d'une circulation inversée dans les veines.

3° *Quels sont les résultats obtenus chez l'homme par l'anastomose artério-veineuse ?* — Des 16 cas de gangrène confirmée, un seul concerne un arrêt de la gangrène, peut-être due à l'anastomose ; tous les

autres sont des échecs. Des 10 cas de menaces de gangrène, 4 semblent être des succès, mais ils peuvent tous être discutés. Il est intéressant de noter que 7 fois le malade a paru, au moins temporairement, bénéficier de l'opération.

4° *L'anastomose artério-veineuse est-elle une opération dangereuse ?* — La mort est fréquente à la suite de cette opération ; mais presque toujours elle semble ne pouvoir être rattachée directement à celle-ci. Dans un certain nombre de cas, la mort étant survenue après l'amputation faite après échec de l'anastomose, on peut se demander si le retard apporté à l'amputation par l'essai de l'opération conservatrice ne doit pas être incriminé. Deux fois la mort fut due à une embolie.

De notre étude des causes de mort après l'anastomose artério-veineuse, nous concluons que si, considérée en elle-même, celle-ci n'expose pas plus à l'embolie que toute autre intervention sur les veines, les conditions dans lesquelles elle est faite lui donnent, à ce point de vue, une plus grande gravité, soit en raison de l'état souvent athéromateux des vaisseaux, qui prédispose à la thrombose, soit en raison de l'infection qui parfois atteint les parties gangrénées.

5° *Conclusions générales et indications.* — L'anastomose artério-veineuse ne mérite pas l'enthousiasme exagéré qu'elle a suscité chez quelques auteurs, mais elle ne doit pas être repoussée *a priori* dans les cas où il n'existe que des menaces de gangrène. Encore faut-il, pour que l'on soit autorisé à la tenter, le concours de certaines conditions favorables — rarement réunies chez les vieillards athéromateux, c'est-à-dire dans les cas où l'opération est le plus souvent indiquée — : malade pas trop âgé, en état général assez bon, artères pas trop malades, circulation générale du membre relativement satisfaisante et parties gangrénées non évidemment infectées.

Peut-être l'anastomose artério-veineuse trouvera-t-elle application plus efficace à la suite de certains traumatismes graves ayant intéressé une ou plusieurs artères !

6° *Technique de l'anastomose artério-veineuse.* — Le trop petit nombre de faits ne permet pas de tracer des règles fixes à ce sujet. Il semble cependant, malgré les faits favorables d'anastomose latéro-latérale et d'anastomose termino-latérale, que c'est à l'*anastomose termino-terminale* qu'il vaut mieux recourir, la supériorité de celle-ci étant prouvée par l'expérimentation.

Angiome profond de l'aisselle. Hémorragie intra-et extra-angiomateuse au cours d'une broncho-pneumonie. Suppuration de l'hématome. Ouverture de l'abcès et extirpation de l'angiome. *Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. du Nord*, 1905, p. 130.

C. — VOIES RESPIRATOIRES

Plaie de la portion thoracique de la trachée, consécutive à une plaie du cou par un instrument tranchant et piquant. *Ann. des maladies de l'oreille, du larynx...*, 1898, p. 230.

La situation exceptionnelle de cette plaie trachéale s'expliquait par la direction toute spéciale que l'individu, voulant se suicider, avait donnée au couteau dont il s'était servi. Les gros vaisseaux de la partie supérieure du médiastin avaient été respectés.

Un cas de corps étranger dans la trachée chez un enfant de dix-huit mois. Trachéotomie. Guérison (En collaboration avec le Dr O. Pasteau). *Gaz. méd. de Paris*, 1896, p. 27.

De l'intubation du larynx dans le croup (En collaboration avec le Dr Meslay). *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, 1895, p. 118.

Ce travail est l'exposé des résultats obtenus par le tubage et la trachéotomie à l'hôpital Trousseau pendant les mois qui suivirent l'introduction du sérum antidiphtérique dans le traitement du croup. Les conclusions que nous formulions alors sont restées vraies et sont actuellement généralement adoptées. Les voici en quelques mots :

Le tubage ne peut être considéré comme le mode de traitement parfait et unique du croup. S'il doit être souvent employé et préféré à la trachéotomie, celle-ci reste malgré tout son auxiliaire, parfois indispensable, et dans certains cas le procédé de choix. L'intubation, en effet, est une opération plus facile, expose moins aux rétrécissements de la trachée, ne détermine pas de cicatrice cutanée et donne des résultats généralement bons dans le traitement du croup ; mais elle peut être insuffisante pour le rejet des fausses membranes trachéales, le tube peut s'obstruer ou être rejeté dans un effort de toux,

et cet accident nécessite la présence constante d'un aide expérimenté auprès du malade.

Des pleurésies purulentes enkystées (En collaboration avec le Dr DANCOURT). *Arch. prov. de chir.*, mars, avril et mai 1904, t. XIII, p. 129, 132 et 270 (*Prix Demarquay* de la Société de Chirurgie).

Les pleurésies purulentes enkystées présentent des caractères communs qui les rapprochent les unes des autres et qui les distinguent de la pleurésie purulente de la grande cavité.

L'enkystement du pus se produit dans deux conditions différentes : 1° La plèvre a subi autrefois des poussées inflammatoires qui ont parfois passé inaperçues et qui ont laissé après elles des adhérences unissant les feuillets pleuraux et cloisonnant la grande cavité pleurale. Ces adhérences peuvent se développer dans tous les points de la séreuse ; mais leurs lieux d'élection sont les bords des scissures interlobaires qui s'accolent et le pourtour de la base du poumon qui vient se souder au diaphragme. Entre ces adhérences existent des cavités toutes préparées pour recevoir le pus. — 2° La séreuse était saine au moment où l'inflammation actuelle l'a atteinte. Celle-ci a déterminé une exsudation plastique qui s'est organisée en certains points, et en particulier au niveau de ceux que nous signalions plus haut. Au moment où le pus se forme, il se trouve enkysté par ces adhérences.

La disposition des lésions, toute différente de celle qui existe dans la pleurésie purulente de la grande cavité, explique les troubles spéciaux et souvent caractéristiques qui existent dans les empyèmes enkystés. Quand une pleurésie purulente se développe librement dans la grande cavité pleurale, le liquide s'accumule entre la paroi thoracique, le diaphragme et le médiastin d'une part, le poumon de l'autre ; celui-ci se laisse refouler de plus en plus à mesure que l'épanchement s'accroît. Dans les empyèmes enkystés le poumon retenu par les adhérences ne peut être refoulé en masse par le liquide ; il se laisse déprimer en certains points. Ce qui distingue en somme les deux variétés de pleurésie purulente, c'est que dans la forme généralisée le poumon s'efface devant l'épanchement, tandis que dans la forme enkystée il lui oppose une résistance toujours notable. Il résulte de ces conditions différentes que le liquide exerce, en raison de sa pression plus considérable, une compression plus forte sur les organes voisins dans les pleurésies enkystées que dans la pleurésie généralisée, et

c'est pour cette raison que l'on observe des troubles plus nets, plus caractéristiques, dus à cette compression, dans les premières que dans la seconde.

Le siège souvent profond — si l'on excepte les pleurésies costales — du pus enkysté entraîne des difficultés de diagnostic parfois considérables. Les signes stéthoscopiques dus à l'épanchement sont malaisés à interpréter parce qu'ils manquent de netteté suffisante et surtout parce qu'ils se mélangent à ceux qui ont leur origine dans la lame plus ou moins épaisse de poumon interposée entre la poche purulente et l'oreille.

En raison de ces difficultés de diagnostic, on ne devra pas hésiter à recourir à la *radiographie* et surtout à la *radioscopie*, qui permettront souvent d'éviter des erreurs ou de contrôler une opinion douteuse. La *ponction aspiratrice* devra aussi être utilisée et répétée, au besoin, un grand nombre de fois en divers points.

La pleurésie enkystée présente une évolution différente de celle de la pleurésie généralisée. Le pus a une grande tendance à perforer les parois de la poche et à s'échapper au dehors. C'est généralement vers les bronches qu'il se dirige et il est expulsé sous forme de vomique. Cette éventualité est heureuse, car l'ouverture spontanée ainsi produite suffit souvent à l'évacuation du contenu de l'abcès et la guérison en est la conséquence.

La fréquence de la vomique doit donc entrer en compte dans l'établissement du pronostic d'un empyème enkysté. Il serait toutefois imprudent de se baser sur elle pour conclure à la bénignité de cette affection, la vomique pouvant ne pas se produire, ne se produire que tardivement ou ne pas être suivie d'une amélioration nette et progressive.

De ces considérations on peut déduire la conduite à suivre en présence d'une pleurésie purulente enkystée. Dès que le diagnostic est posé d'une façon ferme, il faut intervenir sans attendre la production de la vomique. Dans les cas où celle-ci a fait son apparition l'abstention est de règle si l'amélioration est rapide, progressive et complète ; dans le cas contraire, il faut assurer par une intervention une meilleure évacuation du pus.

Celle-ci peut être obtenue par la *thoracentèse* ou par la *pleurotomie*. Pour nous, la ponction n'est qu'un moyen de diagnostic et ne doit jamais être utilisée comme mode de traitement. Nous nous appuyons pour défendre cette opinion sur l'inefficacité ordinaire de cette mé-

thode et sur les retards qu'elle apporte à l'incision large de l'abcès. Nous accordons cependant à ses partisans qu'on ait le droit de la tenter dans les empyèmes à pneumocoque pur. En cas d'échec la ponction ne devra pas être répétée et il faudra aussitôt recourir à la pleurotomie.

Pleurésie purulente du sommet ouverte dans les bronches. Résection costale et drainage. Ulcération de l'aorte deux jours après l'opération. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1907, p. 335.

L'intérêt de cette observation consiste : 1° dans la rareté de la pleurésie purulente du sommet ; 2° dans la production d'une hémorragie foudroyante par ulcération spontanée de l'aorte, deux jours après l'ouverture chirurgicale de la cavité purulente.

Des pleurésies purulentes du sommet (En collaboration avec le Dr Carrière). *Nord méd.*, 1907, p. 181-187.

La pleurésie purulente du sommet est exceptionnelle ; nous n'en avons pu recueillir que cinq cas. Cette rareté s'explique par ce fait que les conditions nécessaires pour réaliser cette localisation de l'infection pleurale purulente manquent presque toujours. Il faut, en effet, que le sommet de la plèvre soit libre d'adhérences et que des synéchies unissent plus bas le poumon à la paroi thoracique, pour constituer une cavité close au niveau du dôme pleural et empêcher le pus de descendre, en obéissant à la pesanteur, vers la partie inférieure de la séreuse.

Le diagnostic de cette lésion est très difficile, d'autant qu'on ne pense guère à elle. A la période initiale d'abcès fermé, on croit à la tuberculose, à l'abcès du poumon, à la pneumonie. A celle d'abcès ouvert, c'est avec la tuberculose du sommet, la dilatation bronchique, la gangrène pulmonaire, la syphilis que la confusion est souvent faite. La radioscopie et la ponction exploratrice permettent d'éviter l'erreur.

Le traitement ne diffère pas de celui de la pleurésie de la grande cavité.

Sur l'aspiration dans les pleurésies purulentes. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1907, p. 959.

Dans un cas de pleurésie purulente ouverte par thoracotomie et soumise à l'aspiration biquotidienne, un abcès, probablement pul-

monaire, s'ouvrit au bout de quelques jours dans la poche pleurale, peu de temps après une séance d'aspiration. Celle-ci semble avoir provoqué cette ouverture qui fut suivie de guérison.

La thoracentèse doit être rejetée comme mode de traitement des pleurésies purulentes. *Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. du Nord*, 1909, t. V, p. 16-37.

La pleurotomie, avec ou sans résection costale, est considérée par tous les chirurgiens et par la plupart des médecins comme le traitement de choix de la pleurésie purulente. La thoracentèse garde cependant un grand nombre de partisans, au moins en ce qui concerne l'empyème à pneumocoques.

Il n'est pas douteux que la ponction soit susceptible de guérir la pleurésie purulente à pneumocoques. La réunion des statistiques que j'ai pu réunir montre que le pourcentage de ces cas heureux peut être évalué à 30 pour 100 environ, la ponction ayant dû presque toujours être répétée plusieurs fois.

A-t-on le droit d'en tirer comme conclusion que la ponction peut ou même doit toujours être essayée d'abord,la pleurotomie étant réservée aux cas où elle a échoué comme le soutiennent de nombreux auteurs ?

A cette question je réponds négativement en me basant sur deux ordres de faits : 1° Le pourcentage des échecs après la ponction est supérieur à 70 pour 100 (chiffre obtenu par la réunion des diverses statistiques), parce que, dans la plupart des cas de pleurotomie, on a, avant d'ouvrir la plèvre, eu recours sans succès à la thoracentèse et qu'il n'est pas fait mention de cette opération antérieure. La guérison qui survient après la ponction n'est, d'autre part, pas due à celle-ci quand elle se produit après la production d'une vomique ;

2° La mortalité à la suite de la ponction est de 17 pour 100 environ si l'on considère le nombre des morts survenues après cette opération. Mais celle-ci ne doit-elle pas prendre sa part de responsabilité dans les morts consécutives à la pleurotomie quand celle-ci a été précédée de plusieurs ponctions qui n'ont pu amener la guérison et qui ont permis à l'infection de continuer à exercer ses ravages? Les faits de ce genre sont nombreux parce que les médecins, confiants en l'efficacité de la ponction prônée par la plupart des classiques, rejettent l'incision franche de la plèvre et préfèrent s'adresser à la thoracentèse. J'en ai observé plusieurs cas très démonstratifs.

La conclusion est que la ponction, excellent moyen de diagnostic, doit céder le pas à la pleurotomie comme moyen de traitement. Si cependant on a cru devoir y recourir, on lui substituera l'incision et le drainage de la plèvre en cas de reproduction de l'épanchement.

D. — TUBE DIGESTIF ET ANNEXES

Le traitement antiseptique de la stomatite mercurielle.
Annales de médecine, 12 décembre 1895.

La stomatite mercurielle étant une lésion essentiellement infectieuse, son traitement doit être basé sur l'emploi des antiseptiques. Au chlorate de potasse, dont l'action est nulle, on devra préférer le chloral, le menthol, le phénosalyl, etc., comme le prouvent les observations que nous avons rapportées.

Phlegmon sublingual (angine de Ludwig) à pneumocoques
(En collab. avec le Dr Macaigne). *Presse méd.*, 1896, p. 360.

Le phlegmon sublingual (angine de Ludwig) se présente en général avec un caractère de septicité qu'il doit à la qualité des germes infectieux qui l'engendrent. On y trouve ordinairement le streptocoque et le staphylocoque qui proviennent de la cavité buccale.

Dans un cas de phlegmon sublingual nous avons trouvé le pneumocoque ; la virulence de celui-ci avait été suffisante pour déterminer une mort très rapide par septicémie.

Divers microorganismes sont donc susceptibles de produire l'angine de Ludwig. Leur virulence extrême, qui est la cause principale de la gravité de cette affection, est probablement due aux associations microbiennes qu'on trouve notées dans la plupart des observations.

C'est aux saprophytes, qui coexistent avec les microbes pathogènes, que sont dues la fétidité des exsudats et la gangrène.

Ostéite nécrosante du maxillaire inférieur chez un nouveau-né.
Echo méd. du Nord, 1900, p. 139.

Sur un enfant nouveau-né on constata, deux jours après la naissance, l'existence d'un abcès mentonnier et sus-hyoïdien qui s'était ouvert spontanément par un très petit orifice au niveau du bord libre

de la lèvre inférieure. Cet abcès fut incisé largement. Un mois après, une petite collection purulente s'ouvrait au niveau de la partie médiane de l'arcade alvéolaire inférieure, puis un petit séquestre s'éliminait en ce point.

En l'absence d'antécédents syphilitiques, on se trouve embarrassé pour interpréter ce cas. Peut-être s'est-il agi d'une infection transmise par la mère à l'enfant pendant la vie intra-utérine.

De la conduite à tenir dans les cas de corps étrangers de l'œsophage. Revue générale. *Revue pratique des connaissances médicales*, 1905, p. 23.

Invagination intestinale. Expulsion du boudin invaginé, sauf une partie du cylindre interne restée adhérente au mésentère et non gangrénée. *Bull. de la Soc. anat.*, 1895, p. 425.

Le boudin invaginé (fig. 5), qui comprenait les dernières anses

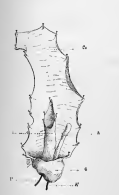


Fig. 5. — Le cylindre externe (côlon ascendant) du boudin a été sectionné dans presque toute son étendue par une incision longitudinale. *A*, Appendice cæcal ; *A'*, stylet pénétrant dans l'orifice de l'appendice ; *Co*, côlon ascendant ; *C*, cæcum ; *I*, intestin grêle ; *I'*, stylet pénétrant dans l'intestin grêle par l'orifice iléo-cæcal.

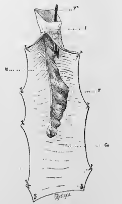


Fig 6. — Le gros intestin a été sectionné longitudinalement jusqu'au niveau du point où il est soudé à l'intestin grêle. *I*, Intestin grêle ; *Co*, côlon : *F*, flèche passant de la cavité de l'intestin grêle dans celle du gros intestin ; *V*, boudin intracæcal avec ses valvule conniventes et une portion du mésentère (*M*)

grêles, le cæcum et le côlon ascendant, fut expulsé spontanément après une période d'occlusion intestinale complète, pendant laquelle des adhérences solides s'étaient établies entre l'intestin grêle et le gros intestin au niveau du collier de l'invagination. La mort étant survenue quelques jours plus tard à la suite d'une entérite, on constata que la portion postérieure du cylindre interne du boudin invaginé n'avait pas été expulsée et ne s'était pas mortifiée, grâce à sa continuité avec le mésentère (fig. 6). Malgré la persistance de cette partie du cylindre interne, les matières pouvaient passer du bout supérieur de l'intestin dans le bout inférieur.

Trois cas d'opération pour occlusion intestinale : deux morts, une guérison. In J. Colle et P. Butruille, *Echo méd. du Nord*, 1906, p. 469, obs. X, XI, XII.

Perforation intestinale dans le cours de la fièvre typhoïde. *Bull. de la Soc. anat.*, 1896, p. 797.

Du traitement chirurgical des péritonites par perforation dans la fièvre typhoïde (En collaboration avec le Dr Ch. Monod). *Revue de chirurgie*, 1897, p. 170.

La péritonite, qui succède à une perforation intestinale dans le cours de la fièvre typhoïde, est en général diffuse et exceptionnellement circonscrite. Sa gravité est considérable (90 à 95 p. 100 de mortalité), et bien douteux sont les cas de guérison spontanée.

Préconisée pour la première fois par Leyden en 1883 et mise en pratique l'année suivante par Lucke, la laparotomie pour péritonite consécutive à une perforation de la fièvre typhoïde a été faite actuellement vingt-sept fois à notre connaissance. Nous en avons relaté un cas personnel (1).

Sur 17 cas d'intervention pour perforation typhique, nous avons noté cinq guérisons, soit une mortalité de 81,5 p. 100 (2).

Les lésions péritonéales étaient diffuses, sauf dans deux cas où l'on

(1) Le nombre des cas de laparotomie pour perforation typhique serait, d'après quelques statistiques, plus considérable que celui que nous indiquons ; mais plusieurs cas notés comme concernant des perforations typhiques sont sujets à caution, et nous avons cru préférable de les éliminer, tout en en donnant un résumé (*Cette remarque se rapporte à l'époque où notre travail a été publié*).

(2) 77, 5 p. 100, si l'on compte les cas dans lesquels les renseignements sont incomplets.

obtint, du reste, la guérison. La mortalité de la laparotomie pour péritonite typhique *généralisée* s'élève ainsi à 88 p. 100.

Quatre des cas terminés heureusement concernent des perforations survenues tardivement ; un seul se rapporte à une perforation produite pendant la période d'état de la dothiénentérie. On voit donc l'importance qu'acquiert le stade de la fièvre typhoïde où survient la perforation sur le pronostic de l'intervention.

Les faits montrent, en outre, la nécessité d'une opération précoce.

La mort, dont nous avons vu la fréquence, survient du fait de la continuation de la péritonite à laquelle s'ajoute l'intoxication générale antérieure, ou par suite de la production de perforations nouvelles.

La laparotomie doit être conduite rapidement. L'incision sera en général faite sur la ligne médiane, la perforation obturée avec deux ou trois plans de suture, la cavité péritonéale lavée et drainée.

Bien que les résultats de la laparotomie ne soient pas très encourageants, surtout dans les cas de fièvre typhoïde à la période d'état, il faut y recourir toutes les fois que le malade semble capable de supporter l'opération, car c'est le seul moyen qu'on ait de le sauver.

Cancer latent de l'intestin. *Bull. de la Soc. anat.*, 1893, p. 97.

Cancer gastro-côlique ; abcès développé au contact de la tumeur et s'étant ouvert au niveau de l'ombilic. Résection gastro-côlique (En collab. avec le Dr Gellé). *Echo méd. du Nord*, 1909, p. 111.

Ce cancer n'avait déterminé aucun trouble digestif, malgré son volume et son ulcération. L'abcès pariétal s'était développé à son contact, sans qu'il y eût perforation des tuniques gastro-intestinales.

Exclusion de la plus grande partie de l'intestin pour un anus contre nature. Rapp. par M. F. Legueu, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1903, t. XXIX, p. 610.

L'intérêt de cette observation réside dans l'étendue considérable d'intestin qui fut exclue : la portion d'intestin, conservée pour la circulation des matières, ne comprenait, en effet, que 80 à 90 centimètres d'intestin grêle, la moitié du côlon transverse, le côlon descendant, le côlon iliaque et le rectum. Cette exclusion est la plus étendue qui ait été réalisée jusqu'ici. L'opérée a retiré un grand bénéfice de l'opération : l'amaigrissement s'est arrêté et le poids a rapidement augmenté. Les

selles restent fétides et fréquentes. Au niveau de l'ancien anus contre nature persiste une fistule intestinale, non stercorale, qui devra être obturée ultérieurement.

De la périsigmoïdite. Discussion à la *Soc. méd.-chir. du Nord*, 1906, p. 91.

La périsigmoïdite n'est pas toujours de la périsigmoïdite vraie. L'appendicite peut déterminer dans la fosse iliaque gauche des phénomènes inflammatoires qui la simulent.

La dénomination de périsigmoïdite doit, comme je l'ai proposé au sujet de l'appendicite, être réservée à l'inflammation du péritoine qui entoure l'S iliaque et à celle du péritoine voisin, consécutivement à la sigmoïdite. L'inflammation du tissu cellulaire de la fosse iliaque, consécutive à une sigmoïdite, est une *parasigmoïdite.*

Imperforation de l'anus avec abouchement anormal au périnée *Echo méd. du Nord*, 1908, p. 408 (fig. 7).

L'abouchement anormal, dans ce cas, semble consécutif à l'imperforation de l'anus, la tension croissante du méconium en arrière de

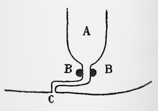


FIG. 7. — *Coupe schématique du périnée, passant par la fistule.* — Cette coupe est faite d'avant en arrière et un peu de droite à gauche, puisqu'en avant elle répond à l'orifice fistuleux, qui se trouvait à droite de la ligne médiane, et qu'en arrière elle répond à la ligne médiane, au niveau du rectum. — A, rectum ; B, B, coupe du sphincter ; C, orifice par lequel l'intestin s'ouvrait à l'extérieur.

la membrane qui fermait le rectum ayant déterminé par effraction la production d'une fistule à travers cette membrane.

Appendice iléo-cæcal.

L'Appendicite (En collaboration avec le Dr Ch. Monod). — Un vol. de l'Encyclopédie scientifique des *Aide-mémoire*, 1897.

Cette monographie a été écrite dans un but didactique. Il nous a semblé, en effet, que nous ferions ainsi œuvre utile à une époque où le grand nombre des travaux publiés, les opinions diverses et souvent contradictoires, rendaient complexe et difficile l'étude des accidents liés à l'inflammation de l'appendice.

L'accord étant loin d'être établi sur certains points, nous avons été amenés, en nous appuyant sur les nombreux faits qu'il nous a été donné d'observer, à discuter et à essayer de résoudre quelques questions en litige.

C'est ainsi que l'étude de la pathogénie de l'affection nous a conduits à admettre : 1° des appendicites consécutives à une affection des voies digestives (appendicites par propagation) ; 2° des appendicites de cause locale (appendicites par cavité close due à un calcul stercoral, un corps étranger quelconque, une torsion, un étranglement, une sténose acquise ou congénitale de l'appendice) ; 3° des appendicites de cause générale.

En ce qui concerne la thérapeutique de l'appendicite, nous nous sommes déclarés éclectiques et nous avons estimé, contrairement à l'avis d'un certain nombre de médecins et de chirurgiens, qu'il n'existe pas qu'un seul mode de traitement de cette affection et que traitement médical ou traitement chirurgical doivent être employés de préférence suivant les circonstances.

Etat actuel de la question du traitement de l'appendicite. *Nord méd.*, 1903, p. 75.

J'ai essayé, dans ce court travail, de résumer la discussion de la Société de chirurgie et d'établir, d'après celle-ci, les règles qui doivent diriger la conduite du chirurgien pendant la crise d'appendicite aiguë.

Péri-appendicite suppurée. Perforation. Péritonite généralisée. *Bull. de la Soc. anat.*, 1895, p. 137.

Il s'agit d'un cas de péritonite généralisée consécutive à la perforation

d'un abcès péri-appendiculaire. Cette perforation fut probablement due aux contractions intestinales déterminées par l'ingestion d'un purgatif.

Appendicite à répétition. Perforation de l'appendice à la troisième attaque ; péritonite généralisée. *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, 1899, p. 280.

Cette péritonite généralisée, survenue dans une troisième attaque d'appendicite, à la suite de la perforation de l'appendice dans la grande cavité péritonéale, montre l'impossibilité de porter un pronostic de moins en moins grave d'après la répétition des poussées appendiculaires, et la nécessité d'enlever l'appendice en dehors des crises quand on constate cliniquement la persistance de lésions au niveau de cet organe.

Appendice avec phénomènes péritonitiques très marqués. Traitement médical. Guérison. In thèse de Lamotte, Lille, 1899, p. 13.

Appendicite toxique. Ouverture d'un abcès péri-appendiculaire. Mort. *Ibid.*, p. 24.

Péritonite généralisée d'origine appendiculaire. Laparotomie sans ablation de l'appendice : guérison. Rechute ; laparotomie avec ablation de l'appendice : mort. *Nord méd.*, 1902, p. 110.

Je soulève, à propos de cette observation, la question délicate de la conduite à tenir vis-à-vis de l'appendice au cours d'une laparotomie pour péritonite généralisée d'origine appendiculaire.

Le désir de ne pas compliquer et prolonger l'opération chez un individu affaibli conduit à négliger l'appendice quand celui-ci est enfoui dans des adhérences. La crainte de la rechute pousse, au contraire, le chirurgien à enlever l'organe malade.

Je conclus, avec quelques réserves, à l'adoption de l'appendicectomie systématique, d'autant plus qu'en cas de péritonite généralisée on ne s'expose pas — comme en cas d'abcès enkysté — à la dissémination de l'infection (qui est déjà généralisée à tout le péritoine).

L'ablation systématique de l'appendice dans la péritonite généralisée d'origine appendiculaire. *Nord méd.*, 1906, p. 77.

Un second cas, analogue au précédent, que j'eus l'occasion d'obser-

ver m'a conduit à conseiller, sans réserves, l'ablation systématique de l'appendice dans la péritonite *généralisée* d'origine appendiculaire.

Abcès rétropéritonéal et antérénal d'origine appendiculaire. Incision et drainage. Ouverture secondaire de l'abcès dans le bassinet ; fistule urinaire. Guérison. Remarques sur le drainage du bassinet par la sonde urétérale. *Annales de la Soc. belge de chir.*, 28 mai 1904.

Le bassinet étant largement ouvert au niveau des lombes, je pus me rendre compte que la sonde urétérale introduite par les voies naturelles le drainait d'une façon parfaite.

Du diagnostic différentiel de l'étranglement interne et des diverses formes de l'appendicite. *Bulletin de la Soc. centrale de méd. du département du Nord*, 1899.

L'appendicite sous toutes ses formes peut simuler l'étranglement interne, qu'il s'agisse d'appendicite avec péritonite généralisée, d'appendicite avec tuméfaction iliaque, d'appendicite simple sans tuméfaction iliaque. Même en ce dernier cas, dont j'ai observé un exemple et dans lequel le diagnostic présente certaines difficultés, on peut éviter l'erreur en se basant principalement sur l'existence d'une défense musculaire et d'une hyperesthésie cutanée localisée à la fosse iliaque droite dans l'appendicite.

De la prédominance des symptômes à gauche dans l'appendicite (En collabor. avec le Dr Termet). *Gaz. des hôp.*, 1897, pp. 274, 282, 306 et 327.

Ayant eu l'occasion d'observer plusieurs faits d'appendicite dans lesquels les symptômes douloureux et réactionnels étaient surtout ou uniquement développés dans la partie gauche de l'abdomen, nous avons constaté que l'attention n'avait guère été appelée de ce côté. De l'étude des 18 cas que nous avons trouvés disséminés dans la littérature médicale, nous avons tiré les conclusions suivantes.

Les raisons de la prédominance des signes à gauche sont de plusieurs ordres :

Dans certains cas il s'est développé un abcès péri-appendiculaire à gauche, soit que le cæcum siège à gauche par suite d'une inversion ou d'un arrêt de migration, soit que, naissant à droite, l'appendice se prolonge anormalement de l'autre côté, s'y enflamme ou s'y perfore.

Dans un second ordre de faits l'inflammation atteint un appendice normalement situé, et, bien qu'un abcès se soit développé autour de lui, il peut en exister un autre du côté gauche.

Il peut s'agir enfin d'une péritonite généralisée dont le maximum des lésions siège à gauche.

Dans quelques cas la cause de la prédominance des symptômes à gauche reste inconnue.

On comprend sans peine les difficultés du diagnostic dans ces cas complexes. Dans la majorité des faits heureusement elles n'auront pas d'influence fâcheuse sur la conduite à tenir. En présence d'une péritonite généralisée d'origine quelconque, le seul traitement consiste à pratiquer la laparotomie, médiane ou latérale. Si les symptômes sont localisés à gauche, on incisera en ce point et l'on se comportera comme dans toute ouverture d'abcès péritonéal circonscrit.

L'appendicite chronique pure (Revue générale). *Nord méd.*, 1906, p. 1.

Appendicite pendant les suites de couches. In A. Dupuis, *L'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité.* Thèse de Lille, 1906, obs. XXVI.

Hernie de l'appendice. In Lequette, *Des hernies de l'appendice iléo-cæcal.* Thèse de Lille, 1904, obs. IX, p. 72.

Du traitement des abcès pelviens d'origine appendiculaire. Avantage de l'incision vaginale (En collab. avec le Dr Ch. Monod). *Arch. gén. de méd.*, 1898, vol. II, p. 513.

L'abcès pelvien d'origine appendiculaire peut se présenter dans deux conditions différentes : A. Il accompagne et complique un abcès péri-appendiculaire situé dans la fosse iliaque ; — B. Il existe seul et est uniquement ou surtout pelvien.

A. — Dans le premier cas on fera l'incision iliaque, classique, qui permettra d'évacuer la collection abdominale principale. Le foyer pelvien sera ouvert et drainé par la même voie.

Si l'on craint que le drainage de l'abcès pelvien soit insuffisant, on pratiquera, s'il s'agit d'une femme adulte et même d'une jeune fille, une contre-ouverture vaginale et un drainage abdomino-vaginal. C'est parfois dans un second temps opératoire et en présence du mauvais résultat donné par l'incision sus-pubienne qu'on aura recours à la voie vaginale.

B. — Dans le second cas, c'est l'incision vaginale qui doit être préférée, quand elle est praticable.

La voie rectale n'est qu'un pis-aller qu'il faut réserver aux cas où l'ouverture spontanée par le rectum est imminente.

S'il s'agit d'un homme ou d'une petite fille, on est obligé d'aborder l'abcès pelvien par la voie abdominale, en prenant la précaution de décoller le péritoine jusqu'au niveau ou au-dessous du détroit supérieur, avant de l'inciser. C'est dans ces conditions qu'on pourrait essayer l'incision ou la contre-incision et le drainage de la collection par la *voie ischio-rectale*, proposée par M. Aug. Pollosson d'après des recherches d'amphithéâtre.

Des difficultés qui résultent de la friabilité de l'appendice dans la résection de cet organe. De l'appendicectomie incomplète. *Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. du Nord*, 1905, p. 24.

Dans les cas de fistule d'origine appendiculaire, on peut, quand la partie terminale de l'appendice est fortement adhérente à la paroi abdominale et quand cet organe se déchire, se contenter de réséquer la portion cæcale. Le reste de l'appendice s'atrophie et la guérison est obtenue.

Du drainage de l'espace rétropubien. — Voy. p. 64.

Hernies.

Hernie inguinale d'un diverticule de la vessie. Ablation du diverticule. *Echo méd. du Nord*, 1910, p. 262.

Du procédé de Villar dans la cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus et de ses résultats éloignés. Rapport du Dr Ch. Monod. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1899, p. 812.

De la cure radicale de la hernie inguinale sans fils perdus, en particulier par le procédé de Villar. *Echo méd. du Nord*, 1899, p. 505.

Pour obvier aux inconvénients de l'emploi des fils perdus, résorbables et non résorbables, dans la cure radicale de la hernie inguinale, on a proposé des manœuvres diverses sur le sac et l'usage de fils temporaires, non résorbables. Cette méthode, dont les procédés sont

déjà nombreux, a jusqu'ici donné des résultats exeellents, qui méritent d'attirer l'attention.

Parmi les proeédés proposés, celui de Villar est certainement le

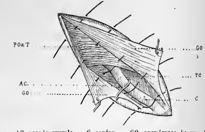


Fig. 8. — AC, arcade crurale. — C, cordon. — GO, aponévrose du grand oblique. PO et T, petit oblique et transverse. — TC, tendon conjoint.

plus simple. Il eonsiste à réunir à l'aide d'un seul plan de sutures, en avant du eordon rejeté dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, tous les plans de la région du eanal inguinal (fig. 8). Ce procédé, que j'ai légèrement modifié, ne m'a donné aueune réeidive sur 19 cas.

La suture dans les laparotomies et la cure radicale des hernies. Du surjet à fil non résorbable et non perdu. Avantages des procédés simples. *Nord méd.*, 1903, p. 113.

Dans le but d'obtenir les avantages de la suture à étages dans les laparotomies et d'en éviter les ineonvénients (suppurations interminables si l'on emploie les fils non résorbables, trop rapide résorption



Fig. 9. — Surjet à fil enlevable, réunissant les bords des muscles droits.

du catgut), j'essayai une suture en surjet faite avee un fil non résorbable dont les deux bouts émergeaient à la surfaee de la peau, au niveau des deux extrémités de la plaie (suture de Lambotte, fig. 9). Les résultats obtenus chez l'animal furent eneourageants ; mais je

constatai que chez l'homme on éprouvait de notables difficultés à extraire le fil et je renonçai à ce mode de suture.

Je conclus à la supériorité des procédés simples de suture : suture en masse avec des fils non résorbables, ou suture à étages avec des fils résorbables.

Procédé simple de cure radicale de la hernie inguinale ; suture en bourse du collet du sac, sans résection de ce sac ; suture en huit de chiffre ou en double cercle de la paroi inguinale. *IIe Congrès de la Soc. internat. de chir.*, 1908, t. I, p. 386-392.

Une des conditions de réussite auxquelles doit satisfaire toute cure

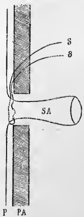


Fig. 10. — *Suture en bourse du pédicule du sac.* — Coupe antéro-postérieure, verticale, de la paroi abdominale, passant par la région de l'anneau inguinal profond (schéma). — Le sac SA a été laissé en place et n'a pas été disséqué. Une suture en bourse SS a été placée au niveau de son pédicule et effacera à ce niveau la lumière du sac quand elle aura été serrée. Les chefs de cette suture ont été passés, de la profondeur vers la superficie, à travers la paroi abdominale PA, pour être noués sur la peau (le fil de suture pourra être ainsi enlevé ultérieurement, ce qui permet de ne laisser dans les tissus aucun fil perdu). — P, péritoine pariétal.

radicale de hernie inguinale consiste dans la suppression de l'infundibulum péritonéal qui constitue le sac herniaire.

Pour obtenir ce résultat, il est inutile de réséquer le sac suivant la méthode classique et il suffit de fermer à l'aide d'une ligature ou, plus simplement, d'une suture en bourse placée sur l'orifice qui fait communiquer la cavité du sac et celle du péritoine (voy. fig. 10).

Ce procédé offre l'avantage de simplifier le temps du traitement du sac, qui est laissé en place, et de supprimer les manœuvres de dissection de ce sac, qui sont souvent d'exécution délicate et qui déterminent

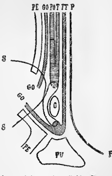


Fig. 11. — *Réfection de la paroi inguinale à l'aide d'une suture en huit de chiffre.* — Coupe antéro-postérieure, verticale, au niveau de la région inguinale (schéma). — Chaque fil de suture SS est disposé en huit de chiffre : dans son anse profonde il intéresse le petit oblique PO et le transverse T qu'il unit à l'arcade crurale, en refoulant en arrière le cordon C ; dans son anse superficielle il intéresse les deux bords de l'aponévrose du grand oblique GO sectionnée et la peau PE. — P, péritoine pariétal ; FT, facial transversalis ; PU, pubis.

la production de surfaces cruentées, impossibles à effacer et suintantes. La cicatrice péritonéale obtenue par la ligature ou par la suture en bourse sans résection du sac est tout aussi solide que la ligature ou que la suture accompagnées de résection de ce sac. Le sac ainsi abandonné reste silencieux.

L'idée de ce procédé n'est pas nouvelle, car c'est à lui que l'on eut recours dans les premières cures radicales de hernie inguinale. Ultérieurement on préféra réséquer le sac dans le but d'assurer une meilleure solidité de la cicatrice péritonéale ; mais aucune preuve n'a été

fournie de la supériorité de cette résection à laquelle j'ai complètement renoncé.

Le mode de restauration de la paroi inguinale, dans la cure de la hernie, est assuré par des procédés très nombreux. L'expérience m'a prouvé, comme à beaucoup d'autres, qu'en matière de restauration de la paroi inguinale — comme en matière de traitement du sac — les procédés les plus simples sont les meilleurs, tant au point de vue de la suppression de manœuvres plus ou moins complexes qui traumatisent les tissus qu'à celui de l'asepsie de la plaie.

Il n'est pas douteux, selon moi, que les procédés de reconstitution des divers plans de la paroi inguinale à l'aide de fils perdus soient inférieurs aux procédés, théoriquement moins satisfaisants, mais pratiquement supérieurs, de la suture en masse (voy. p. 49) ou de la suture en huit de chiffre (voy. fig. 11).

De la suture en bourse du collet du sac, sans résection de ce sac, dans la cure radicale de la hernie inguinale. *Echo méd. du Nord*, 1910, p. 253-256.

Je reviens dans ce travail sur le procédé simple de traitement du sac que j'avais étudié antérieurement (voy. fig. 10).

Une plus longue expérience est venue confirmer mes conclusions antérieures sur les avantages de ce procédé. J'ai en outre pu démontrer que le sac conservé disparaissait souvent, sinon toujours.

La section de l'arcade crurale dans la cure radicale de la hernie crurale. *IIe Cong. de la Soc. intern. de chir.*, 1908, t. I, p. 405-408.

La section verticale de l'arcade crurale a été proposée et pratiquée par Delagenière et par Bonsdorff à l'effet : 1° de faciliter l'accès sur la portion profonde, rétrocrurale, du sac et de permettre la dissection de cette portion et la mise en bonne place de la ligature ; 2° de permettre un plus facile effondrement de l'arcade qui doit être amenée au contact de l'aponévrose pectinéale pour fermer l'anneau crural dilaté. En découvrant la région rétrocrurale, elle permet en outre de suturer le petit oblique et le transverse au ligament de Cooper.

J'ai observé trois fois, à la suite de cette section verticale de l'arcade, un affaissement de la paroi inguinale, dû évidemment, comme l'avait

prévu Berger, à la production d'un espace vide, triangulaire, limité par les deux bords de la section.

Ces mauvais résultats, bien qu'ils ne s'observent pas dans tous les cas, doivent faire rejeter le procédé et lui faire préférer, si l'on désire découvrir la région rétrocrurale, soit la section horizontale de l'arcade au niveau de son insertion au pubis, soit l'incision du ligament de Gimbernat le long de son insertion pubienne.

Hernie ombilicale volumineuse étranglée, pincement latéral de l'intestin dans un diverticule du sac. Ompbalectomie totale; résection latérale de l'intestin. Guérison. Des avantages de l'omphalectomie totale (procédé de Condamin) dans la cure des hernies ombilicales. *Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. du Nord*, 1905, p. 67.

Hernie de l'appendice. — Voy. p. 48.

Deux cas d'épiploïte à la suite de la cure radicale des hernies inguinales. In M. Leroy, *Des épiploïtes*. Thèse de Lille, 1905, obs. 49 et 68.

Glandes salivaires

Ablation d'une tumeur siégeant dans le prolongement antérieur de la parotide. Développement d'une tumeur salivaire, puis d'une fistule salivaire. Guérison spontanée. *Echo méd. du Nord*, 1908, p. 600.

J'ai enlevé, chez une femme de 54 ans, une petite tumeur parotidienne située dans le prolongement antérieur de la glande. La cavité d'énucléation fut ensuite capitonnée par un surjet au catgut N° 00.

Quelques jours après, alors que la réunion par première intention était parfaite, on constatait, au-dessous de la cicatrice, une petite cavité kystique. La pression la faisait disparaître, et aussitôt l'opérée accusait une sensation de liquide salé dans la bouche. Il s'agissait donc d'un épanchement de salive, dû à la blessure du canal de Sténon ou de l'une de ses branches.

Bientôt la cavité s'ouvre à l'extérieur et se fistulise. Au moment des repas, il en sort un liquide clair, assez abondant pour imbiber un mouchoir. En dehors des repas, on n'observe pas de tuméfaction, ni d'écoulement.

Guérison rapide à la suite de cautérisations au nitrate d'argent du trajet fistuleux.

Foie.

Deux cas de rupture du foie. *Bull. de la Soc. anat.*, 1896, p. 628.

L'un de ces cas concerne une rupture très étendue du foie, ayant amené la mort par hémorragie en une heure et demie. Dans le second la mort ne survint qu'au bout de vingt-quatre heures et aurait pu être évitée par une intervention précoce.

Rupture du foie. *Bull. de la Soc. anat.*, 1897, p. 243.

Des ruptures du foie et de leur traitement. *Archives générales de médecine*, 1897, t. II, p. 44-78.

Les ruptures du foie ne sont graves que par leurs complications, dont la principale est l'hémorragie.

Leur diagnostic est parfois possible, mais souvent reste incertain pendant quelque temps. Le diagnostic des complications (hémorragie, péritonite, abcès du foie) est heureusement plus aisé.

Le traitement à instituer (abstention, avec thérapeutique générale des contusions abdominales, ou intervention) devrait donc être basé sur l'existence ou l'absence de ces complications. Mais, dans la pratique, le problème est plus complexe ; et, à la suite d'une contusion abdominale ou thoraco-abdominale, on reste fréquemment dans le doute au sujet de l'existence des lésions viscérales, intestinales, hépatiques ou autres.

Nous appuyant sur l'analyse de 22 cas de laparotomie pour contusion du foie, dont nous donnons le résumé et le tableau, nous nous rangeons à l'opinion des partisans de l'intervention précoce et systématique dans toutes les contusions abdominales. Cette pratique, qui a donné d'excellents résultats, est d'autant plus autorisée qu'elle s'appuie sur l'innocuité de la laparotomie exploratrice faite aseptiquement et rapidement dans les cas de ce genre.

De la résection du rebord costal pour la cure chirurgicale des collections sus-hépatiques (En collaboration avec le Dr Ch. Monod). *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1897, p. 499-526.

La résection extrapleurale du rebord costal permet, comme l'a montré M. le professeur Lannelongue, de découvrir largement la face con-

vexe du foie et de traiter les collections suppurées ou kystiques de cette région. M. Lannelongue avait pu ouvrir par cette voie quatre collections tuberculeuses sous-phréniques ; M. Pantaloni avait par le même procédé incisé un abcès de la face supérieure du foie. Dans un cas opéré par Charles Monod, nous avons constaté tout le parti qu'on pouvait tirer de cette méthode dans l'ouverture des kystes hydatiques postéro-supérieurs du foie.

Nous avons à ce sujet fait quelques recherches cadavériques qui nous ont permis de donner une description simple et précise de cette intervention, qui comprend les temps suivants :

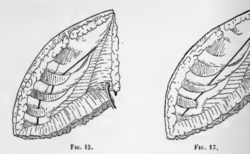


Fig. 12. Fig. 13.

1° Incision de la peau et des parties molles sous-cutanées, partant de l'angle xipho-costal et se terminant sur le rebord costal au niveau de la ligne axillaire antérieure.

2° Libération de la face antérieure du rebord costal.

3° Section des cartilages costaux et des côtes : huitième cartilage à 1 centimètre de l'articulation chondro-costale correspondante, neuvième et dixième côtes au niveau des neuvième et dixième articulations chondro-costales ; écornement de l'angle arrondi formé par le septième cartilage costal (fig. 12).

Quand les articulations chondro-costales ne sont pas visibles, la résection costale doit être pratiquée suivant une ligne droite ou légèrement courbe à concavité supéro-externe, commençant au-dessus de l'extrémité antérieure du 8e cartilage et se terminant sur le bord inférieur du rebord costal au niveau de la ligne axillaire antérieure (fig.13).

4° Désinsertion des muscles (transverse et diaphragme) qui s'insèrent à la face profonde du volet réséqué (fig. 14).

5° Section de la cloison formée par ces deux muscles.

6° Ouverture de la collection intra-hépatique, après les précautions d'usage pour protéger la grande cavité péritonéale. Dans les cas de collections sus-hépatiques, ce sixième temps se confond avec le cinquième.

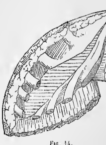


Fig. 14.

La méthode de la résection extrapleurale du rebord costal est préférable : 1° à l'incision simple transpéritonéale ou abdominale de Landau, qui ne convient qu'aux lésions situées à la partie antérieure de la face convexe du foie ; 2° à la résection costale transpleuro-péritonéale d'Israël, qui entraîne nécessairement (sauf en cas d'adhérences pleurales) l'ouverture de la grande cavité pleurale.

Opération de Talma pour ascite cirrhotique. Mort le 7e jour. *Echo méd. du Nord*, 1906, p. 554.

L'ascite fœtale. — Voy. p. 100.

Rate.

De la splénectomie. Thèse de doct. G. Steinheil, Paris, 1897 (440 p.) (1).

De la splénectomie. Revue générale. *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 245-250.

En nous basant sur l'examen de 280 cas de splénectomie, dont

(1) Thèse couronnée par la Faculté de médecine de Paris (médaille d'argent) et par la Société de Chirurgie (prix Marjolin-Duval).

13 inédits, nous avons pu discuter, à propos des différentes lésions de la rate, les avantages et les inconvénients de la splénectomie et aboutir à des conclusions assez fermes que nous nous bornons à rappeler ici.

La suppression des fonctions de la rate ne présente aucun danger pour l'homme et pour les animaux. Il est probable, mais non démontré, que les ganglions lymphatiques et la moelle osseuse remplacent la rate au point de vue de l'hématopoiése.

Les difficultés et accidents qu'on rencontre parfois au cours de la splénectomie sont presque toujours dus à l'existence d'adhérences périspléniques. Leur libération prolonge notablement l'acte opératoire et détermine fréquemment des hémorragies. Celles-ci se présentent dans certains cas (paludisme et surtout leucémie) avec des caractères graves d'abondance et d'incoercibilité. Aussi doit-on, en se basant sur ce fait, renoncer à enlever toute rate dont l'ablation paraît présenter des dangers sérieux et se contenter d'une exosplénopexie ou d'une laparotomie exploratrice dont l'influence peut être favorable. L'absence d'adhérences, que l'on reconnaît cliniquement par l'existence d'une mobilité plus ou moins considérable de la rate, et l'ectopie splénique constituent des facteurs très favorables à l'opération.

Les résultats que donne la splénectomie sont très encourageants, soit qu'elle supprime une rate blessée ou infectée, soit qu'elle enlève un kyste ou une tumeur. On peut dire que, lorsqu'elle est praticable, elle est supérieure à tous les procédés (ligature des vaisseaux spléniques, splénopexie, détorsion d'un pédicule tordu, exosplénopexie) qui ont été proposés pour la remplacer et dont les indications sont représentées par les contre-indications de l'intervention radicale.

Les lésions traumatiques (plaies, ruptures, hernies) de la rate ont longtemps été considérées comme relevant seules de la splénectomie.

Cette opération est plus rarement indiquée dans les suppurations spléniques.

Elle est l'intervention idéale dans les kystes simples ou hydatiques.

Elle est indiquée dans tous les cas où une splénomégalie paludique, source de troubles intenses, a résisté au traitement médical, et elle semble avoir un rôle favorable sur l'infection palustre elle-même.

Dans les autres tumeurs ou les hypertrophies chroniques de la rate, la splénectomie est susceptible de donner de bons résultats ; mais elle ne doit être entreprise que si elle ne semble pas faire courir de dangers sérieux au malade.

L'existence de la leucémie vraie la contre-indique d'une façon absolue, sauf, peut-être, au premier stade de l'affection. Dans ce dernier cas elle paraît capable de procurer quelque amélioration, mais jamais la guérison.

Le manuel opératoire ressemble à celui de l'ablation de toutes les grosses tumeurs abdominales. En raison de la hauteur souvent considérable du pédicule splénique, du volume des vaisseaux qu'il renferme et de la vascularisation des adhérences qu'on a pu déchirer, on prendra grand soin de pratiquer une hémostase sûre et complète au niveau de ce pédicule et de la loge splénique.

De la splénectomie dans le paludisme. Discuss. à la *Soc. méd.-chir. du Nord*, 1907, p. 57-61.

Note bactériologique à propos des effets de la ligature expérimentale des vaisseaux spléniques (En collaboration avec le Dr Carrière). *C. R. Soc. de biol.*, 1899, p. 244.

A l'état normal, la rate du chien, du lapin et du cobaye renferme des espèces microbiennes variées. Fait important, les microbes qu'on peut isoler ont toujours une virulence nulle ou très atténuée.

Modifications histologiques du sang après la ligature expérimentale des vaisseaux spléniques (En collaboration avec le Dr Carrière). *C. R. Soc. de biol.*, 1900, p. 1134.

Les effets de la ligature totale et de la ligature partielle des vaisseaux spléniques diffèrent absolument.

La ligature partielle ne produit qu'une très légère oligocythémie, une très légère diminution des hématoblastes, des petits lymphocytes et des grandes cellules mononucléaires sans granulations,ainsi que de l'hémoglobine.

La ligature totale produit une oligocythémie beaucoup plus persistante, une diminution plus marquée des hématoblastes, une leucocytose à myélocytes plus durable, avec diminution persistante des petits lymphocytes sans granulations et des grandes cellules mononucléaires

Étude sur les lésions produites par la ligature expérimentale des vaisseaux de la rate (En collaboration avec le Dr Carrière). *Arch. de méd. expérim. et d'anat. path.*, 1899, p. 498-520.

Les lésions qui se produisent au niveau de la rate après la ligature

de ses vaisseaux varient essentiellement suivant que cette ligature porte sur la totalité des vaisseaux ou sur quelques-uns d'entre eux.

1° *Ligature de tous les vaisseaux qui se rendent à la rate.* — La ligature de tous les vaisseaux spléniques s'obtient en liant en masse tout le pédicule splénique. La rate, privée de toute irrigation sanguine, présente des lésions variables : tantôt il s'agit d'une *dégénérescence des éléments cellulaires* constitutifs du parenchyme splénique, *sans altération de la trame, sans suppuration* ; tantôt la rate a subi *la dégénérescence graisseuse* ; tantôt enfin — et c'est ce qu'on observe le plus souvent — elle présente une *transformation caséo-purulente.*

L'interprétation de ces lésions nous a paru être la suivante : aussitôt l'intervention opératoire, il s'établit un processus réactionnel, inflammatoire, qui aboutit à la constitution d'adhérences épiploïques. Dans la gangue cellulo-adipeuse la réaction se poursuit ; la rate, qui y est désormais emprisonnée, va jouer le rôle d'un corps étranger. De là : 1° afflux leucocytaire ; 2° néoformation capillaire ; 3° apparition des plasmazellen. En même temps le centre du parenchyme splénique se nécrose.

Les néocapillaires de la gangue cellulo-adipeuse ne tardent pas à se diriger vers la capsule et, par bourgeonnement, l'atteignent, la pénètrent et entrent ainsi dans le parenchyme splénique. En même temps, les phagocytes s'efforcent de pénétrer dans la rate. Une fois dans la place, les uns vont jouer le rôle de convoyeurs et se charger des débris cellulaires dégénérés ou des produits de destruction des globules rouges ; les autres vont s'organiser et constituer, avec les cellules du réticulum irritées et proliférées, une barrière de sclérose qui essaiera de limiter le flot montant de la transformation purulente.

2° *Ligature de quelques vaisseaux* (artère splénique ou ses branches terminales). — En ce cas c'est *l'atrophie simple de la rate par raréfaction des éléments cellulaires* qu'on observe. La rate continue à vivre ; mais elle végète.

De la ligature des vaisseaux spléniques dans les lésions hypertrophiques et dans les hémorragies de la rate (En collaboration avec le Dr Carrière). *Rev. de gynécol. et de chir. abdominale*, 1899, p. 885-904.

De la ligature des vaisseaux spléniques. *14e Cong. franç. de chir.*, Paris, 1901, p. 186.

Cette opération n'a été exécutée que quatre fois : trois fois pour tu-

meur de la rate dans le but d'amener son atrophie, une fois pour une hémorragie splénique.

La plupart de ces observations sont malheureusement dépourvues d'intérêt.

I. Ligature atrophiante. — Cette ligature peut porter sur tous les vaisseaux de la rate ou sur quelques-uns d'entre eux seulement,

1° *Ligature de tous les vaisseaux de la rate.* — Cette ligature *idéale* est relativement facile à l'état normal; elle devient plus difficile, mais elle est encore praticable, dans le cas d'hypertrophie splénique sans adhérences ou avec peu d'adhérences. La seule indication de cette ligature atrophiante étant l'existence d'adhérences importantes contre-indiquant la splénectomie, ce sont ces cas qu'il faut uniquement envisager. Or, dans ces conditions, la ligature de tout le pédicule splénique est particulièrement dangereuse. L'étude des résultats expérimentaux et des accidents consécutifs à la torsion du pédicule splénique, qui constitue une ligature spontanée du pédicule de la rate, doit, à défaut de faits cliniques concernant directement cette question, faire rejeter cette opération qui n'est, en somme, qu'une intervention palliative.

2° *Ligature de quelques vaisseaux de la rate.* — Sans être toujours facile, cette ligature peut généralement être exécutée sans exposer l'opéré à trop de dangers. Les renseignements fournis par l'expérimentation font espérer que cette opération donnera des résultats favorables.

II. Ligature hémostatique. — Cette ligature ne constitue qu'un pis-aller dans les cas où, la plaie ou la déchirure de la rate étant trop importante pour qu'on puisse espérer arrêter l'hémorragie par l'emploi de moyens simples (tamponnement, sutures, etc.), les adhérences périspléniques, dues à une lésion antérieure de l'organe, contre-indiquent la splénectomie.

C'est à la ligature de l'artère splénique ou de quelques-unes de ses branches, et non à la ligature de tout le pédicule de la rate, qu'il faut recourir. En raison de la division de la rate en un certain nombre de départements artériels indépendants les uns des autres, la ligature d'une seule branche artérielle suffit à assurer l'hémostase d'une déchirure produite au niveau du territoire splénique que ce vaisseau irrigue.

Discussion sur la chirurgie de la rate. De la splénopexie.
14e Cong. franç. de chir., 1901, p. 185.

La splénopexie présente sur la splénectomie l'avantage de conserver

la rate ; mais elle est d'exécution plus complexe et d'efficacité moins certaine. La suppression de la rate ne présentant aucun inconvénient, je conclus nettement à la supériorité de la splénectomie sur la splénopexie.

Des voies d'accès sur la rate. Utilité de la résection extrapleurale du rebord costal pour faciliter dans certains cas la découverte de cet organe. (Rapport par le Dr CH. MONOD). *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1903, p. 787.

L'accès du pôle supérieur d'une rate hypertrophiée est toujours malaisé quand celle-ci n'est pas flottante. Aussi l'hémostase du ligament phréno-splénique et de la partie supérieure du ligament pancréatico-splénique constitue-t-elle le temps délicat et parfois pénible de la splénectomie.

Pour faciliter les manœuvres opératoires, j'ai pensé qu'il y aurait avantage à recourir dans certains cas à la résection extrapleurale du rebord costal. J'ai pu me rendre compte à diverses reprises que cette résection augmentait d'une façon notable le champ d'accès sur la rate. L'opération doit être conduite suivant la technique que j'ai indiquée pour la découverte de la face supérieure du foie (voy. p. 55 et fig. 12, 13 et 14).

Péritoine.

Péritonite tuberculeuse. Laparotomie. Inoculation tuberculeuse de la plaie. Eviscération spontanée. In RECOURS, Thèse de Bordeaux, 1901, obs. XLIX.

Péritonite tuberculeuse. Laparotomie. Eviscération progressive sous l'influence d'une rupture des fils de suture, de la toux et du mauvais état des tissus. *Ibid.*, obs. XLVI.

Le lugol (solution iodio-odurée) en chirurgie peritonéale(En collab. avec le Dr BRETON). *Echo méd. du Nord*, 1908, p. 129.

Des expériences que nous avons entreprises et qui confirment celles de Sauerbruch, il résulte que l'attouchement des surfaces péritonéales à l'aide d'une solution iodo-iodurée (lugol) accélère l'adhésion de ces surfaces. Cette propriété est donc à utiliser dans les cas (anémie,

cancer) où l'on est en droit de craindre une diminution du pouvoir agglutinant des sécrétions péritonéales.

Le drainage abdominal (Discussion à la *Société médico-chirurgicale du Nord*). *Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. du Nord*, 1908, p. 8.

Envisageant exclusivement dans cette discussion les cas d'opération aseptique, je constate d'abord que j'ai de plus en plus restreint les indications du drainage abdominal et que je n'ai eu qu'à me féliciter de cette évolution.

Je continue cependant à drainer systématiquement après l'hystérectomie subtotale, en raison du suintement toujours notable qui se produit, et cela malgré la péritonisation du bassin, exécutée avec soin. Je draine par la plaie abdominale avec un tube de calibre moyen, que j'enlève au bout de 48 heures. L'aspiration me paraît inutile.

Bien que je n'aie eu qu'à me louer du drainage ainsi pratiqué, j'ai ultérieurement essayé de supprimer, dans les cas simples, cette manœuvre qui constitue une légère complication et peut nuire à la parfaite cicatrisation de la plaie pariétale. Comme je l'indique dans le travail suivant, les résultats que j'ai obtenus ont été favorables et par conséquent encourageants.

Du drainage après la laparotomie pour hematocèle rétro-utérine. Discussion à la *Réunion obstétricale de Lille*, 27 avril 1910.

L'utilité du drainage après la laparotomie pour hématocèle rétro-utérine est généralement admise. Deux observations présentées par M. Oui montrent cependant que l'absence de drainage peut n'avoir aucun inconvénient.

La suppression du drainage me semble avantageuse dans les cas récents. Elle serait au contraire dangereuse dans les cas anciens.

E. — REIN. VESSIE

Tuberculose du rein gauche. *Bull. de la Soc. anat.*, 1897, p. 244.

Tuberculose suppurée du rein, ayant déterminé des hématuries abondantes et ayant amené la mort rapide malgré la néphrotomie.

Guérison d'une tuberculose du rein par transformation graisseuse totale de l'organe (En collaboration avec le Dr MACAIGNE). *Bull. de la Soc. anat.*, 1897, p. 405 ; 1898, p. 173.

Sur le drainage du bassinet par la sonde urétérale. — Voy. p. 47.

Du drainage de l'espace rétropubien. *Echo méd. du Nord*, 1910, p. 61.

L'espace rétropubien peut être le siège d'épanchements sanguins ou purulents. Par quelle voie faut-il le drainer ?

La plus simple est la voie sus-pubienne ; mais, dans la majorité des cas, elle est insuffisante, en raison de la déclivité du fond de la poche par rapport à l'orifice abdominal à travers lequel sort le drain.

Pour assurer un drainage effectif de la cavité rétropubienne, il faut établir un drainage à travers le périnée antérieur, en évitant la lésion de l'urètre et des corps caverneux.

Zweifel draine par cette voie,depuis plusieurs années,l'espace rétropubien après la symphyséotomie. Ruotte l'a utilisée avec succès dans deux cas de suppuration. Moi-même, j'y ai eu recours dans deux cas de symphyséotomie etun cas d'abcès d'origine appendiculaire que le drainage n'était pas arrivé à tarir et j'ai obtenu une guérison rapide.

J'ai réglé la technique de ce drainage de la façon suivante :

Un cathéter métallique est placé dans l'urètre ; il est destiné à indiquer au chirurgien, à tous les moments de l'opération, la place exacte occupée par ce canal et à permettre, au besoin, de faire écarter celui-ci par un aide.

Un peu en dehors — à droite ou à gauche — du raphé périnéal, un peu en arrière de l'arcade pubienne, commence une incision qui se dirigeen arrière, en bas et en dehors, parallèlement à la branche ischio-pubienne, vers le milieu de la ligne ano-ischiatique, et qui se termine un peu en avant de cette dernière. Le tissu cellulaire et l'aponévrose périnéale superficielle sont successivement incisés, le bistouri étant maintenu à égale distance de la branche ischio-pubienne et de la ligne médiane.

Un instrument courbe et mousse ou, plus simplement, le doigt est introduit dans la cavité rétropubienne, qui a toujours été ouverte préalablement par une incision hypogastrique, et en déprime le fond. L'index de l'autre main va, à travers la plaie périnéale, à la rencontre du doigt rétropubien et sur ce repère, en s'aidant au besoin d'un ins

trument mousse, effondre prudemment, en se tenant à distance de l'urètre et de l'arcade pubienne, les tissus qui le sépare de la cavité à drainer. La voie étant ainsi frayée, une pince ou un dilatateur agrandit le trajet et l'on place dans celui-ci un tube qui émerge au niveau du périnée et dont l'extrémité supérieure reste perdue dans l'espace rétropubien ou sort par la plaie sus-pubienne.

Hernie inguinale d'un diverticule de la vessie. Voy. p. 64.

F. — APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME.

Phimosis ancien, ayant déterminé des lésions ulcéreuses balano-préputiales qui persistèrent après la circoncision et nécessitèrent l'amputation du gland. *Nord. méd.*, 1907, p. 247.

Rupture limitée à la partie postérieure d'un corps caverneux. *Echo méd. du Nord*, 1908, p. 386.

Cette rupture ne s'accompagna pas de lésions urétrales.

Un cas de testicule double (?). *Echo méd. du Nord*, 1908, p. 263.

Ce double testicule (fig. 15 et 16) fut trouvé au cours d'une cure radicale de hernie inguinale congénitale.

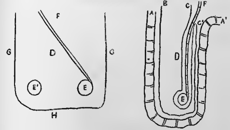


FIG. 15. — Vue de face de la membrane renfermée dans le sac. — G, G', H. Bords latéraux et inférieur de la membrane, libres ; E, E', testicules ; F, canal déférent.

FIG. 16. — Coupe verticale et antéro-postérieure des bourses au niveau du testicule. — A, A', scrotum. — B, feuillet antérieur du canal péritonéo-vaginal ; C, feuillet postérieur de ce canal, se continuant au niveau du bord supérieur de la membrane D avec les deux feuillets séreux qui constituent celle-ci. — F, canal déférent.

L'ectopie inguinale du testicule n'est pas due à l'absence du gubernaculum testis. 19e *Cong. franç. de chir.*, 1906, p. 737.

Il existe des faits, dont le nombre doit être assez considérable, dans lesquels le testicule,ayant subi sa migration normale dans les bourses, ne possède pas de méso le rattachant aux enveloppes scrotales ; il n'est fixé que par sa continuité avec le cordon et est de ce fait très mobile. J'en ai observé deux cas au cours de cures radicales de hernie inguinale congénitale et ai pu en réunir trois autres dans un travail sur la torsion du testicule.

Dans les faits de ce genre le testicule est descendu dans les bourses malgré l'absence évidente du gubernaculum testis.

Si donc le gubernaculum possède normalement une portion scrotale — ce qui est douteux — il est certain que celle-ci n'est pas l'agent de descente du testicule dans les bourses et que son absence ne peut être la cause de l'ectopie testiculaire inguinale.

De l'orchidopexie en cas d'absence ou d'atrophie des bourses. *Echo méd. du Nord*, 1909, p. 411.

Observation qui montre l'inutilité des opérations plastiques pour agrandir les bourses atrophiées en cas d'ectopie testiculaire. Il suffit de creuser celles-ci pour y loger le testicule. Dans la suite les bourses se développent.

Torsion d'un testicule en ectopie. Éclatement de l'épididyme (En collaboration avec le Dr Macaigne). *Bull. de la Soc. anat.*, 1898, p. 267-272.

Sous l'influence de l'augmentation de pression intra-épididymaire,

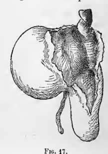


Fig. 17.

due à la stase veineuse, l'épididyme avait éclaté (fig. 17) et du sang s'était épanché dans le canal péritonéo-vaginal.

La torsion du cordon spermatique (bistournage spontané).
Ann. des mal. des org. génito-urinaires, 1904, p. 401-457.

Ce travail, basé sur l'étude de 44 observations, est un exposé complet de la question de la torsion du cordon spermatique. Je n'insisterai ici que sur deux points — *évolution des lésions* et *traitement* — que j'ai plus spécialement étudiés et sur lesquels mes conclusions diffèrent de celles qui sont généralement adoptées.

1° **Evolution des lésions.** — Les lésions orchi-épididymaires consécutives à la torsion du cordon aboutissent fatalement à la gangrène, disent les auteurs. Ce mot de « *gangrène* » est presque toujours pris dans le sens de « *putréfaction* », c'est-à-dire de « *gangrène septique* ». — De l'étude des observations, des expériences de Chauveau et des miennes il résulte que, contrairement à l'opinion généralement admise, la gangrène épididymo-testiculaire qui succède à la torsion du cordon est aseptique et que les organes mortifiés sont parfaitement tolérés par les tissus. Exceptionnellement, sous l'influence d'une infection venue du dehors ou d'une région quelconque de l'organisme, la gangrène primitivement aseptique devient septique et l'élimination du testicule s'ensuit.

2° **Traitement.** — L'opinion classique est que, en dehors de certains cas où l'on réussit à détordre le testicule par manœuvres externes, il faut procéder à une intervention sanglante. Si le testicule ne semble pas gangrené ou menacé de gangrène et si sa coloration foncée disparaît par la détorsion du cordon, il faut le conserver ; si, au contraire, sa vitalité semble menacée, on doit le sacrifier.

Ces règles nous paraissent absolument insuffisantes. La principale objection que l'on peut faire au mode de conduite que nous venons d'exposer est qu'il est impossible de se rendre compte de l'état du testicule par le seul examen de sa surface et de sa consistance. Le changement de coloration de cet organe sous l'influence de la détorsion du cordon n'a qu'une valeur très relative à ce point de vue. Nous n'en voulons pour preuve que les résultats obtenus par cette détorsion dans les cas où ce changement de coloration fut constaté : toujours le testicule se gangrena.

Il faut, à notre avis, distinguer complètement les cas où *le testicule est en ectopie* et ceux où *il est dans les bourses.*

A. Le testicule est en ectopie. — Trois considérations doivent nous guider : 1° le testicule était de valeur fonctionnelle douteuse avant la production de la torsion ; 2° le diagnostic est rarement d'une certitude absolue et le chirurgien conserve quelques doutes sur la possibilité d'une hernie étranglée ; 3° l'existence d'une ectopie testiculaire constitue par elle-même une indication à l'intervention (celle-ci étant destinée à abaisser le testicule ou à l'enlever si cet abaissement est impossible). Les deux dernières considérations entraînent la nécessité d'une intervention, intervention hâtive en raison de la possibilité de l'étranglement herniaire ; la première et la troisième nous permettent de sacrifier le testicule sans arrière-pensée si ce sacrifice nous semble présenter des avantages.

On mettra donc à nu le testicule par une incision intéressant la paroi antérieure du canal. Si les accidents datent d'un temps assez long — qu'il est actuellement impossible de fixer, mais que provisoirement nous estimerons à 24 heures — on pratiquera d'emblée la castration.

S'ils sont plus récents, on commencera par pratiquer la détorsion. Sous l'influence de celle-ci, la coloration du testicule devient moins foncée ou ne change pas. En ce dernier cas, la castration est indiquée. Si, au contraire, on observe un changement de coloration, on a le droit de tenter l'abaissement du testicule dans les bourses et, quand cet abaissement est d'exécution facile, de conserver l'organe. L'impossibilité de descendre celui-ci entraîne la nécessité de la castration.

On voit que,dans les cas où le testicule est en ectopie, c'est presque toujours à la castration qu'il faut recourir.

B. Le testicule est dans les bourses. — Les conditions ne sont plus les mêmes que dans le cas précédent. Ici, en effet, le testicule doit être considéré comme étant de valeur fonctionnelle normale avant la production de la torsion. Quant au diagnostic, il est beaucoup plus facile : on peut toujours éliminer la possibilité de la hernie étranglée.

Si l'on est appelé dans les heures qui suivent la production de la torsion, il faut s'efforcer de réduire celle-ci par des manœuvres externes. Si l'on n'y parvient pas, on doit procéder de suite à l'incision des plans qui recouvrent le testicule et pratiquer la détorsion. On verra presque toujours dans ces conditions la coloration de l'organe devenir plus claire. Cette constatation faite — mais à cette condition seulement — on aura le droit de conserver le testicule.

Quand la torsion date de plus de 24 heures, les fonctions du testicule doivent être considérées comme perdues. Faut-il dans ces conditions procéder à une intervention ? Nous ne le pensons pas. Quelle sera, en effet, cette intervention ? La détorsion du cordon ou la castration. La deuxième assure la disparition des accidents ; la première aboutit soit à l'atrophie, soit à l'élimination du testicule. En adoptant la détorsion, on court donc la chance de garder au malade un testicule *moral* ; mais il est probable que ce résultat ne sera pas obtenu et que l'organe sphacélé s'éliminera. — Pour nous, l'intervention sanglante, qu'elle aboutisse à la détorsion ou à la castration, est à rejeter et l'abstention est préférable. Avec l'abstention, en effet, on garde presque sûrement au malade un testicule *moral* qui sera bien supporté par les tissus. Ce n'est qu'exceptionnellement, à la suite de phénomènes d'inflammation bien nets et prolongés, que l'on devra se résoudre à intervenir et à enlever le testicule.

Un cas de torsion du cordon spermatique à répétition.
Ann. des mal. des org. gén.-urin., 1904, p. 1535.

Prothèse testiculaire. Deux observations in thèse de VEUILLAC, *Etude sur la prothèse testiculaire*, Paris, 1899, n° 657.

Dans un premier cas, je plaçai dans les bourses, après castration pour tuberculose orchi-épididymaire, un testicule en *aluminium* qui fut très bien supporté par les tissus.

Dans un second cas, j'eus l'idée, avec mon collègue Pasteau, d'employer un testicule en *caoutchouc durci*, qui, par son poids et sa consistance, rappelait absolument un testicule normal. Malheureusement notre intervention fut suivie d'échec : la plaie s'infecta et on dut enlever l'appareil prothétique. Mon maître, M. Arrou, utilisa plus tard un testicule de même nature et obtint un succès complet.

Étiologie et pathogénie des orchi-épididymites aiguës, et en particulier des orchi-épididymites d'origine urétrale et non gonococciques (En collab. avec le Dr MAGAIGNE). *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1896, p. 673-694.

Le traumatisme (choc direct, effort) ne joue qu'exceptionnellement le rôle d'une cause déterminante dans la pathogénie des orchi-épididymites.

La pathogénie des orchites de cause générale et diathésiques est assez mal connue pour la plupart d'entre elles. Quelques-unes de ces orchites semblent être d'origine urétrale, au moins dans certains cas (orchi-épididymites typhique et ourlienne).

L'infection ascendante d'origine urétrale est la cause de beaucoup la plus fréquente des orchi-épididymites. Les urétrites dites traumatiques, gonococciques ou non gonococciques (vénériennes ou non vénériennes), se compliquent, en effet, fréquemment d'inflammation orchi-épipidymaire.

Le groupe des orchi-épididymites d'origine urétrale et non gonococciques augmentera certainement quand on prendra soin d'examiner au point de vue bactériologique le muco-pus des urétrites, considérées *a priori* et parfois à tort comme gonococciques. C'est ainsi que nous avons observé un cas d'urétrite à bacille de Friedlander, compliquée d'épididymo-funiculite suppurée, due au méme microbe.

Le micro-organisme de l'orchi-épididymite peut être différent de celui de l'urétrite initiale. Il semblerait, d'aprés les recherches d'Hugonencq et Eraud, que l'épididymite dite gonococcique ne fût pas due au gonocoque, mais à un microbe spécial, l'orchiocoque.

Cancer du testicule. Observation in Junien-Lavillauroy, *Contribution à l'étude anatomique des carcinomes du testicule.* Thèse de Paris, 1898.

G. — GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

De l'avivement des parois vaginales dans la colporraphie.
Revue mensuelle de gyn., d'obst. et de péd., 1908, p. 281.

Pour faciliter le temps, toujours délicat, de l'avivement de la paroi vaginale antérieure, j'utilise le moyen suivant : Le lambeau muqueux à disséquer étant limité, à l'ordinaire, par une incision elliptique ou losangique, j'amorce la dissection à son extrémité antérieure. Dès que cela est possible, cette extrémité est saisie avec une pince de Kocher, et l'*index gauche est placé transversalement au-dessous du lambeau. Le doigt tend et soutient la partie qui va être disséquée ; il la présente au*

bistouri (ou aux ciseaux) qui, agissant presque horizontalement, ne risque pas de s'égarer dans la profondeur ni de faire des échappées dans le

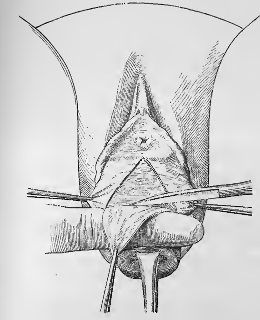


FIG. 18. — Mode d'avivement de la paroi vaginale antérieure.

lambeau (Voy. fig. 18). La dissection est ainsi poursuivie facilement et sûrement sur toute l'étendue de celui-ci.

Hypertrophie de la partie moyenne du col utérin avec prolapsus limité à la paroi vaginale antérieure. *Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. du Nord*, 1907, p. 149.

L'hypertrophie étant limitée à la partie moyenne du col utérin, qui

est intravaginale en arrière et sus-vaginale en avant, le prolapsus était, dans ce cas, limité à la paroi vaginale antérieure, qui était complètement au dehors. La paroi vaginale postérieure,au contraire, était restée en place et le cul-de-sac vaginal postérieur avait conservé sa profondeur normale.

De la dilatation digitale extemporanée du col de l'utérus. *Echo méd. du Nord*, 1899, p. 450.

A défaut de dilatateur à branches ou de bougies de Hégar, on peut dilater extemporanément le col de l'utérus à l'aide du doigt, pourvu que l'orifice externe soit entr'ouvert. Le doigt, auquel on imprime des mouvements de propulsion et de rotation, agit comme une bougie de Hegar et détermine une dilatation suffisante pour permettre l'examen digital de la cavité utérine ou le passage d'une curette.

Importance du pincement du col dans l'injection intra-utérine. *Nord. méd.*, 1904, p. 210.

Le pincement d'une des lèvres — de préférence la lèvre antérieure — du col permet de fixer l'utérus et de redresser par une légère traction l'axe de celui-ci s'il existe une flexion.

La pénétration de la sonde est de ce fait considérablement facilitée et l'on évite de commettre la faute fréquente qui consiste à n'engager la sonde que jusqu'à l'orifice interne du col ou jusqu'à l'angle de flexion.

Contribution à l'étude du curettage utérin dans les rétentions placentaires. *Echo méd. du Nord*, 1899, p. 37.

Etude basée sur seize observations.

La conclusion est que le curettage pour rétention placentaire, complète ou incomplète, avec ou sans infection, est une opération très efficace, simple, bénigne si elle est pratiquée dans de bonnes conditions d'asepsie, avec les précautions nécessitées par l'état de ramollissement du muscle utérin.

Le drainage de l'utérus puerpéral infecté. Discussion à la *Soc. méd.-chir. du Nord*, 1905, p. 55.

La mèche de gaze draine mal. Il faut utiliser un tube de caoutchouc ou un tube métallique.

Hystéropexie abdominale Grossesse normale. Accouchement d'abord normal, puis arrêté par la rigidité d'un col hypertrophié. Terminaison spontanée de l'accouchement après éclatement du col. Persistance de la soudure utéro-pariétale. In R. Le Fort. *IVe Congrès nat. périod. de gyn.*, Rouen, 1904, p. 114.

Pseudo-grossesse fibromateuse (En collab. avec le Dr Paucot). *Réunion obstétricale de Lille*, 27 avril 1910.

L'utérus avait, dans ce cas, absolument l'aspect d'un utérus gravide ; sa consistance était rénitente (fibrome œdémateux) ;les ligaments utérins étaient relâchés et très vascularisés, comme au cours de la grossesse. Mais les insertions des trompes étaient plus rapprochées l'une de l'autre en avant qu'en arrière (le fibrome s'était développé dans la paroi postérieure de l'utérus).

Fibrome utérin à noyaux multiples, dont un à dégénérescence muqueuse, remarquable par son volume, chez une femme obèse (En collaboration avec le Dr Edg. Bernard). *Echo méd. du Nord*, 1907, p. 596.

Coexistence d'un fibrome utérin et d'un kyste du ligament large. Suppuration du fibrome. Rapport par M. E. Potherat. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1903, p. 1119.

Sous l'influence de l'infection qui s'était localisée dans l'espace séparant l'une des masses fibromateuses de sa capsule, la tumeur avait augmenté rapidement de volume et le diagnostic de sarcome avait été posé.

Fibrome développé dans la portion postéro-inférieure de l'utérus. Grossesse. Engagement de la tête d'abord empêché par le fibrome qui remonte ensuite ; inertie utérine ; forceps. Ablation ultérieure du fibrome par incision du cul-de-sac vaginal ; guérison. Nouvelle grossesse. In Bué, 4 observations de tumeurs fibreuses de l'utérus, compliquant la grossesse et l'accouchement, *L'Obstétrique*, 1903, p. 411 (Obs. IV).

Fibrome sous-péritonéal pédiculé de l'utérus et hématocèle rétro-utérine. *Bull. Société anatomique*, 13 décembre 1896, p. 753.

C'est probablement à la présence du fibrome implanté sur une corne de l'utérus qu'a été dû dans ce cas le développement de la grossesse extra-utérine.

Hématocèle rétro-utérine et polype utérin. *Nord méd.*, 1909, p. 198.

Du drainage après la laparotomie pour hématocèle rétro-utérine. Voy. p. 63.

De la myomectomie vaginale (vaginale et transvaginale). *Rev. mensuelle de gyn., d'obst. et de péd.*, 1908, p. 161.

La myomectomie ne doit être qu'une opération d'exception; mais, dans les cas où le fibrome est unique et disposé de telle façon que son ablation soit facile, on peut — et j'estime qu'on doit — la préférer à l'hystérectomie.

Ainsi en est-il dans les fibromes sous-muqueux sessiles. L'hystérotomie vaginale permet d'arriver sur le pôle inférieur de la tumeur et, à l'aide de l'énucléation que l'on combine au morcellement si le fibrome est volumineux,on parvient toujours à extraire celui-ci. La manœuvre est parfois pénible; elle n'est jamais difficile. Si — comme cela m'est arrivé — on constate, après la myomectomie, qu'un second fibrome existe dans la paroi utérine, on procède par la même voie à l'hystérectomie.

Relèvent aussi de la myomectomie les fibromes sous-péritonéaux développés au niveau de la partie inférieure du corps utérin et affleurant l'un des culs-de-sac vaginaux. C'est à travers ce cul-de-sac (voie transvaginale) que l'on va découvrir le fibrome ; celui-ci est extrait par énucléation seule ou, s'il est volumineux, par l'énucléation combinée au morcellement. J'ai procédé deux fois avec succès à cette myomectomie transvaginale. Dans l'un de ces cas, la présence du fibrome avait fortement ralenti la marche d'un accouchement; à la suite de la myomectomie une seconde grossesse se développa et l'accouchement fut normal.

Des indications de l'hystérectomie abdominale totale. Revue générale. *Gaz. des hôp.*, 1898, p. 1273 et 1302.

Du drainage à travers le col utérin dans les infections consécutives à l'hystérectomie abdominale subtotale. 4e *Congrès national périodique de gyn.*, Rouen, 1904, p. 347-355.

En cas d'infection pelvienne à la suite de l'hystérectomie abdomi-

nale subtotale, il arrive parfois que le pus se fait jour à travers le col utérin conservé et que ce drainage spontané suffit à obtenir la guérison.

Cette voie excellente de drainage peut aussi être utilisée par le chirurgien, qui favorisera l'écoulement du pus en dilatant le col utérin et en y plaçant un drain, comme le montre un fait particulièrement démonstratif que j'ai observé.

A propos de la dégénérescence maligne du moignon cervical après l'hystérectomie subtotale pour fibrome. Supériorité de celle-ci. *Ann. de la Soc. belge de chir.*, 1907, p. 233.

Communication faite au cours de la discussion de la Société belge de chirurgie sur ce sujet. L'hystérectomie abdominale subtotale présente, à mon avis, la supériorité de la moindre gravité sur l'hystérectomie totale et les chances de dégénérescence maligne du moignon cervical sont trop peu considérables pour qu'elles puissent contrebalancer la plus grande bénignité.

Épithélioma polykystique bilatéral de l'ovaire. Rétention d'urine due à la compression de l'urètre par une des tumeurs développées dans la cavité pelvienne. *Bull. de la Société anat.*, 1896, p. 562.

Volumineux épithélioma massif de l'ovaire chez une jeune fille présentant une atrophie extrême des organes génitaux internes. In Danel, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1905, p. 49.

Epithélioma polykystique de l'ovaire ; propagation du cancer au péritoine pelvien ; hématocèle pelvienne confondue avec une torsion ou une rupture de la tumeur ovarienne. *Rev. mens. de gyn.*, 1910, p. 214.

Deux cas de kyste dermoïde de l'ovaire : 1° kyste bilatéral ; 2° volumineux kyste développé chez une femme âgée. *Bull. de la Soc. anat.*, 1896, p. 642.

Le premier cas se distingue par la bilatéralité des lésions et par la situation médiane des kystes, l'un en avant, l'autre en arrière de l'utérus.

Le second concerne un kyste développé chez une femme de 57 ans et renfermant environ dix litres de liquide.

La torsion des kystes du parovaire. *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1905, 2e s., t. II, p. 78-107.

La torsion des kystes du parovaire est une complication exceptionnelle de ces tumeurs. Nous n'avons pu en réunir que 16 cas, dont un personnel. Cette rareté s'explique par ce fait que les kystes parovariens ne présentent pas d'ordinaire un pédicule qui permette la torsion.

Les lésions consécutives à la torsion dépendent de l'intensité de la striction des éléments du pédicule et sont semblables à celles que l'on observe à la suite de la torsion des kystes de l'ovaire.

La torsion d'un kyste parovarien détermine en général l'apparition brusque d'une douleur violente, parfois atroce, dans l'abdomen. Puis apparaissent des vomissements, du ballonnement du ventre, une accélération du pouls. La température reste normale ou s'élève légèrement.

Les phénomènes aigus persistent quelques jours, puis diminuent progressivement. Mais le ventre reste sensible et le moindre attouchement au niveau du kyste réveille des douleurs.

Certaines torsions peu serrées peuvent ne déterminer que des troubles légers ou même nuls.

L'évolution, le diagnostic et le traitement de la torsion des kystes parovariens ne présentent aucune particularité à signaler; ils sont semblables à ceux des kyste de l'ovaire.

Torsion d'un kyste du parovaire, ayant déterminé des troubles d'intoxication (En collaboration avec le Dr Paucot). *Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. du Nord*, 1907, p. 179.

Remarques sur la pathogénie du decubitus acutus post-opératoire. Rapport par le Dr Picqué. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1904, p. 355; et *Gaz. des hôp.*, 1904, p. 561-566.

J'ai réuni dans ce mémoire toutes les observations de decubitus acutus post-opératoire qui ont été publiées jusqu'ici et j'en ai rapporté trois inédites. Contrairement à l'opinion généralement admise, je conclus que la théorie de l'irritation des nerfs pelviens ne peut s'appliquer à tous les cas et que, pour quelques-uns au moins, l'insuffisance de vitalité des tissus, spéciale à certains individus, semble devoir être mise en cause.

Pubiotomie latérale ; mort un mois après par péritonite d'origine annexielle (En collaboration avec le Dr PAUCOT). *Echo méd. du Nord*, 1909, p. 18.

La mort de cette opérée ne doit pas être mise au passif de la pubiotomie. L'autopsie nous a montré qu'elle devait être attribuée à une ovaro-salpingite qui s'était réchauffée à la suite de l'accouchement et avait déterminé la production d'une péritonite.

Deux cas d'opération césarienne pour placenta prævia. *Rev. mensuelle de gyn., d'obst. et de péd.*, 1909, t. X, p. 387-393.

La gravité du placenta prævia central ou presque central reste actuellement considérable, malgré les divers traitements employés. On comprend que,dans ces conditions, on ait proposé et pratiqué l'opération césarienne, qui permet de vider complètement et rapidement l'utérus de son contenu, et de supprimer ainsi d'une façon certaine l'hémorragie

Cette intervention n'a été utilisée qu'à l'étranger où l'on en a étendu les indications d'une façon très exagérée.

En France au contraire, elle a été négligée jusqu'ici et les deux cas que je rapporte sont, à ma connaissance, les premiers : l'un, où l'opération fut faite trop tardivement, se termina par la mort ; l'autre, où le placenta prævia était compliqué de rigidité pathologique (cicatricielle) du col, est un succès.

A propos des abcès artificiels (abcès de fixation) dans l'infection puerpérale. *Echo méd. du Nord*, 1909, p. 220.

Des trois cas que je rapporte, l'un concerne une mort et les deux autres deux guérisons. Celles-ci sont intéressantes parce qu'elles concernent deux infections très graves.

Deux cas d'abcès artificiels dans l'infection puerpérale. In VOUTERS, *Contrib. à l'étude du traitement de l'infection puerpérale par les abcès de fixation et l'argent colloïdal.* Thèse de Lille, 1909, p. 128.

L'un concerne un succès douteux ; l'autre est un échec.

H. — TÊTE ET COU

Un cas de masque ecchymotique de la face sans compression du tronc. In J. COLLE et L. ARQUEMBOURG, *Echo méd. du Nord*, 1907, p. 13.

Anastomose spino-faciale pour paralysie faciale d'origine otique. *Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. du Nord*, 1907, p. 68 (voy. fig. 19).

Le résultat favorable obtenu dans ce cas, comme dans la plupart



Fig. 19. — Photographie prise 7 mois après l'anastomose spino-faciale. La contraction des muscles de la face du côté autrefois paralysé accompagne l'élévation de l'épaule et du bras du même côté. Cet inconvénient s'amenda ensuite.

de ceux où la méthode a été utilisée, doit encourager les chirurgiens à recourir à cette opération qui a jusqu'ici été rarement faite en France.

Fracture de la mastoïde par balle. Otite purulente. *Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. du Nord*, 1908, p. 48.

I. — THORAX

Luxation sterno-claviculaire en avant. Fracture des sept premiers cartilages costaux. In Dhotel, *Les fractures des cartilages costaux et la disjonction chondro-costale*, Thèse de Lille, 1903.

Luxation de l'extrémité antérieure du 10e cartilage costal. *Gaz. des hôp.*, 1907, p. 30.

L'écoulement du sang par le mamelon peut s'observer dans les tumeurs bénignes de la mamelle. *Soc. de méd. du Nord*, 27 mai 1910.

Ce fait doit être exceptionnel ; mais un cas où l'examen histologique reconnut un adéno-fibro-myxome ne permet pas de douter de son existence.

Squirrhe à noyaux disséminés intramammaires. *Bull. de la Soc. anat.*, 1896, p. 882.

Epithélioma dendritique du sein. *Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. du Nord*, 1906, p. 94.

Cancer (squirrhe) d'une glande mammaire accessoire. *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, 1906, p. 609.

L'ablation systématique des muscles pectoraux au cours de l'extirpation des cancers du sein est à rejeter. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, 1910, p. 16.

Comme les orateurs qui m'ont précédé dans la discussion ouverte sur ce sujet à l'Association française pour l'étude du cancer, j'estime que l'ablation systématique des pectoraux au cours de l'extirpation du sein cancéreux est illogique et inutile.

J'apporte, comme contribution à l'étude de cette question, une statistique de 16 opérations de cancer du sein, sur lesquels j'ai pu me

procurer des renseignements éloignés. De ces 16 opérées, 10 ont présenté des récidives : 5 au niveau de la peau ; une au niveau des ganglions carotidiens et sus-claviculaires ; une au niveau du crâne ; une dans le rachis ; une autre au niveau du bulbe et de la protubérance ; la dernière,enfin, dans le foie. Aucune de ces récidives n'intéresse donc les pectoraux, bien que ces muscles aient été respectés,

Par contre, dans 2 cas où j'enlevai ces muscles, la récidive se produisit une fois au niveau de l'aisselle et une fois dans la peau.

On peut donc conclure, en s'appuyant sur cette petite statistique, qui est conforme aux autres, que l'ablation systématique des pectoraux est non seulement inutile et illogique, mais inefficace, puisqu'elle ne met pas à l'abri de la récidive.

Fibro-sarcome du tissu cellulaire sous-cutané de la paroi thoracique. *Bull. de la Soc. anat.*, 1896, p. 758.

J. — MEMBRES

Des cals vicieux. Revue générale. *Nord méd.*, 1907, p. 217.

Étude expérimentale de l'action de la thyroïdine dans la consolidation des fractures (En collaboration avec le Dr CARRIÈRE). *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1900, p. 535.

Etude clinique et expérimentale sur l'action de la thyroïdine dans la consolidation des fractures (En collaboration avec le Dr CARRIÈRE). *Bull. de la Soc. de méd. du département du Nord*, 1900,p. 201.

De l'examen de vingt-cinq observations recueillies dans la littérature médicale il résulte que la question de l'opothérapie thyroïdienne dans la consolidation des fractures récentes ou anciennes est encore très obscure. Deux points seuls restent acquis ; c'est d'abord que le traitement thyroïdien donne dans certains cas des résultats surprenants, « foudroyants » ; c'est ensuite qu'il échoue complètement dans d'autres. La cause de cette variabilité d'action est actuellement inconnue.

Nous avons recherché l'action de la thyroïdine sur la consolidation des fractures produites expérimentalement chez les animaux. De deux séries d'expériences il ressort très nettement que chez le lapin l'ad-

ministration de la thyroïdine ne hâte en aucune façon la consolidation des fractures.

Corps thyroïde et fractures. De la consolidation des fractures chez les hypothyroïdiens. *Bull. de la Soc. de méd. du département du Nord*, 1901, p. 19.

Etude entreprise pour tâcher d'élucider le rôle du corps thyroïde dans la consolidation des fractures. On peut, en effet, se demander, avec Hertoghe et Gauthier, si l'atrophie du corps thyroïde (hypothyroïdie) n'entraîne pas un retard dans la consolidation des fractures. Or, de l'enquête que j'ai entreprise auprès des médecins d'asiles d'aliénés et de colonies d'idiots et de chirurgiens exerçant dans les pays à goîtres (enquête qui repose sur 37 réponses), il résulte : 1° que les fractures sont rares chez les hypothyroïdiens ; 2° que les fractures semblent se consolider chez eux d'une façon normale.

Quelques considérations sur le traitement de la luxation susacromiale de la clavicule. *Bull. de la Soc. centrale de méd. du département du Nord*, 1899, p. 431.

Quatre observations de luxation susacromiale de la clavicule. In Thèse de Bouchet, Paris, 1900.

De l'étude de quatre cas personnels de luxation susacromiale de la clavicule je conclus que le massage donne d'excellents résultats dans le traitement de cette affection. Il est toutefois incapable de faire disparaître la déformation et il est contre-indiqué dans les cas de luxation complète.

L'intervention sanglante doit être exécutée de la façon suivante : incision longeant le bord antérieur de la clavicule et de l'acromion, ablation des cartilages articulaires, perforation des os à une certaine distance des extrémités osseuses, emploi de fil très solide. Après l'opération, il ne faut immobiliser l'épaule que très peu de temps.

Luxation scapulo-humérale, compliquée de fractures multiples de l'extrémité supérieure de l'humérus. Résection de la tête humérale. Résultat fonctionnel excellent. In Le Bras, *Du traitement des luxations de l'épaule compliquées de fracture du col chirurgical de l'humérus.* Thèse de Lille, 1904.

De l'intervention sanglante dans la luxation scapulo-humérale compliquée de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. *Echo méd. du Nord*, 1908, p. 8.

Dans les deux cas que je rapporte, il s'agissait de luxations anciennes. Même à ciel ouvert, il ne fut pas possible d'obtenir la réduction et il fallut réséquer la tête.

Dans une des observations, le résultat fut excellent; dans l'autre, les douleurs disparurent, mais les mouvements du bras restèrent peu étendus en raison de la paralysie du deltoïde (blessure du circonflexe au moment du traumatisme ou au cours de l'opération).

Au cours de mes deux interventions, j'eus l'impression que, en cas de luxation récente, l'intervention sanglante doit souvent permettre la réduction et la conservation de la tête humérale.

Cal vicieux de la grosse tubérosité humérale. De la voie à suivre pour atteindre celle-ci. *Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. du Nord*, 1907, p. 113-117.

A la suite de la fracture de la grosse tubérosité de l'humérus avec déplacement du fragment détaché de l'épiphyse, le cal peut, dans les mouvements de flexion et surtout d'abduction du bras, venir buter contre l'acromion et limiter ces mouvements (Voy. fig. 20 et 21).

Dans ces conditions, il faut intervenir pour abraser la saillie gênante, comme je l'ai fait avec succès dans un cas.

J'ai, à ce sujet, recherché quelle était la meilleure voie à suivre pour atteindre la grosse tubérosité humérale sans blesser les branches du circonflexe qui innervent la portion antérieure du muscle et en conservant par conséquent l'innervation de cette portion. Une incision longitudinale du deltoïde, faite à la partie externe de l'épaule et conduisant sur la grosse tubérosité, respectera le circonflexe si elle n'atteint pas par son extrémité inférieure le col chirurgical de l'humérus; tandis que — comme on le savait, du reste — une incision longitudinale de même longueur, faite à la partie antérieure de l'épaule, intéressera sûrement ce nerf. Ce fait est dû à la disposition de la branche antérieure du nerf (voy. p. 15).

Chez l'adulte, l'incision destinée à découvrir la grosse tubérosité doit partir du bord externe de l'acromion, à un centimètre et demi en arrière de l'articulation acromio-claviculaire, et mesurer cinq centimètres de



Fig. 20. — Cal vicieux de la grosse tubérosité humérale. — *Bras vertical.*



Fig. 21. — Cal vicieux de la grosse tubérosité humérale. — *Bras en abduction.* Le cal vient buter contre le bord externe de l'acromion.

longueur au maximum. Si le jour ainsi obtenu est insuffisant, on fait à travers le deltoïde une ineision horizontale, parallèle à l'aeromion ou à la elavieule, et à quelques millimètres d'eux.

Ostéome musculaire traumatique, indépendant d'un arrachement périostique. *Echo méd. du Nord*, 1910, p. 145.

L'intérêt de ee eas réside dans la pathogénie de l'ostéome : l'arrachement périostique ne peut être iei invoqué et l'ostéome s'est développé dans un foyer de contusion musculaire.

Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus.
Bull. de la Soc. anat., 1896, p. 757.



Fig. 22.

Le fragment inférieur comprend l'épitrochlée, la trochlée et le condyle (fig. 22).

Deux cas de luxation du coude : luxation en dedans ; luxation avec torsion. *Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. du Nord*, 1905, p. 42.

Luxation du radius en avant Paralysie temporaire de la branche musculaire antérieure du radial. Guérison par le traitement électrique (En collab. avee le Dr Desbonnets). *Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. du Nord*, 1909, p. 49.

Main bote radiale par fracture de l'avant-bras. Ramollissement d'un cal de fracture ancienne par décalcification osseuse consécutive à une fracture récente. *Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. du Nord*, 1907, p. 12.

Comme on le voit sur la radiographie, la déviation de la main en



Fig. 23.

dehors n'est pas due à la fracture de l'extrémité inférieure du radius, mais à une fracture des deux os de l'avant-bras, à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen, avec déplacement plus marqué au niveau du radius. Le cal de cette seconde fracture, qui était ancienne (25 ans) et qui s'était consolidée en bonne position, se ramollit à la suite de la fracture de l'extrémité inférieure du radius et permit le déplacement notable que montre la radiographie (fig. 23).

Un cas de luxation trapézo-métacarpienne. *Echo méd. du Nord*, 1910, p. 250.

Observation dont l'intérêt réside dans la rareté de la lésion.

Luxation métacarpo-phalangienne incomplète du pouce en avant. Réduction facile, maie ineｔable. Arthrotomie et réduction. *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, 1906, p. 182.

De l intervention sanglante (eous-cutanée et à ciel ouvert) dane les luxatione métacarpo-phalangiennes en arrière. *Ann.de la Soc. belge de chir.*, 1906, p. 339.

Les constatations faites au cours de deux interventions pour luxation métacarpo-phalangienne en arrière m'ont permis de conclure que dans les cas anciens la section du ligament glénoïdien ne suffit pas pour obtenir la réduction ; il faut toujours lui joindre des désinsertions tendineuses ou musculaires, et parfois la résection de la tête du métacarpien. La section sous-cutanée du ligament glénoïdien dans les luxatoins anciennes est donc à rejeter.

Dans les cae récents, j'estime que la voie large est préférable à la voie sous-cutanée, aveugle, pour sectionner le ligament glénoïdien.

Fracture de la phalange coneolidée avec interposition des tendone fléchieeeure. *Ann. de la Soc. belge de chir.*, 1906, p. 343 (2 fig.).

La consolidation s'était faite entre les deux fragments qui se trouvaient en contact sur une petite étendue. Je dus réséquer une partie de l'épaisseur de la phalange pour libérer ces tendons.

Fracture de la Ire phalange avec déplacement dee fr. gments et adhérences dee tendons fléchiseeurs au cal (En collab. avec le Dr Paucot) (*Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. du Nord*, 1907, p.135 (2 fig.).

L'adhérence des tendons fléchisseurs au eal proéminent avait

entraîné, dans ce cas, la disparition des mouvements de flexion de la 2e et de la 3e phalanges. Malgré leur libération, accompagnée d'ostéotomie de la phalange, et malgré la consolidation de la fracture en bonne position, les tendons réadhérèrent à l'os et il fallut amputer le doigt.

Cette observation et la précédente montrent, après bien d'autres, les difficultés que l'on éprouve à maintenir réduits les fragments d'une fracture, avec déplacement de la première phalange, et les conséquences graves qui peuvent résulter de ce fait au point de vue du fonctionnement du doigt (cal gênant les mouvements des articulations du doigt, adhérence des tendons au cal).

Il faut donc s'efforcer de supprimer le déplacement (ce qui est aisé) et de maintenir la réduction (ce qui est beaucoup moins facile). Nous proposons d'exercer une traction sur les deux fragments à l'aide d'une petite attelle placée en avant de la première phalange, celle-ci étant maintenue en flexion à angle droit sur le métacarpien. La longueur de cette attelle doit être calculée de telle façon qu'elle prenne point d'appui sur la face antérieure de la seconde phalange maintenue en flexion et qu'elle éloigne cette seconde phalange du métacarpien.

Il est indispensable de s'assurer par le contrôle radiographique que cette réduction se maintient. Si ce résultat n'est pas acquis, il faut recourir, d'une façon précoce, à une intervention sanglante pour fixer les fragments en bonne position.

Lipome du doigt. In Odoul, Thèse de Lille, 1903, obs. XV.

Enchondrome de la phalange et de la phalangine du petit doigt. *Bull. de la Soc. anat.*, 1897, p. 210 (fig. 24).

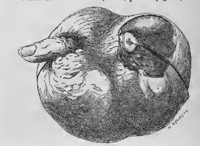


Fig. 24.

Kyste hydatique de l'os iliaque et du fémur. *Bull. de la Soc. anat.*, 1897, p. 130 (fig. 25 et 26).

Le fémur, devenu fragile, s'était fracturé à deux reprises. Longtemps

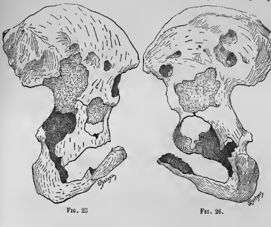


Fig. 25 Fig. 26.

on avait cru à l'existence d'une coxalgie, et le diagnostic exact ne fut posé qu'au moment d'une intervention sanglante.

Fracture extracapsulaire du fémur chez une femme de 76 ans, traitée par l'appareil de Hennequin. *Bull. de la Soc. anat.*, 1897 p. 334.

Cette fracture, qui, suivant la classification habituelle, devait être rangée dans la variété des fractures mixtes, était en réalité extracapsulaire puisque le foyer de capture était séparé de l'articulation par les fibres récurrentes de la capsule.

Fracture sus et inter-condylienne du fémur, traitée par l'appareil de Hennequin (fig. 27). *Bull. de la Soc. anat.*, 1896, p. 379.

Nous avons pu constater à l'autopsie de ce malade, mort de bron-

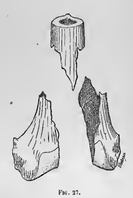


Fig. 27.

cho-pneumonie, que la réduction et la contention des fragments de la fracture étaient parfaites.

Ostéo-périostite consécutive à la fièvre typhoïde. Suppuration et séquestres. In Van Remoortère, Thèse de Lille, 1901, obs. I.

Sarcome du fémur à marche aiguë avec fièvre.
Bull. de la Soc. anat., 1895, p. 775.

L'évolution très rapide de ce sarcome et la coexistence de la fièvre firent penser à une ostéomyélite et pratiquer une incision libératrice qui détermina une hémorragie considérable.

A propos des ruptures du quadriceps crural. Remarques sur leur traitement et sur leur pathogénie. *Echo méd. du Nord*, 1909, p. 90-92.

1° La suture musculaire — ou ostéo-musculaire, si la rupture siège au niveau de l'insertion rotulienne du tendon, — après évacuation du sang que renferme souvent l'articulation du genou, constitue le meil-

leur mode de traitement des ruptures du quadriceps crural, pourvu que l'opération puisse être sûrement conduite d'une façon aseptique. Elle a donné 95 0/0 de succès complets.

2° La rupture du quadriceps crural et la fracture transversale de la rotule reconnaissent comme cause la contraction brusque de ce muscle. Pourquoi la même cause produit-elle tantôt l'une, tantôt l'autre de ces lésions? En m'appuyant : 1° sur les constatations faites chez un de mes opérés dont la rotule ne put être traversée par le perforateur et qui présentait une rupture du quadriceps ; 2° sur l'aptitude particulière de certains individus aux fractures et d'autres à la rupture musculaire, je crois qu'il faut chercher la raison de ces différences dans la résistance anormale ou dans une friabilité particulière de la rotule.

La luxation du genou par rotation, limitée à l'une des tubérosités tibiales. *Echo méd. du Nord*, 1907, p. 205-213.

Cette luxation est rare. Nous n'en avons pu réunir que 4 cas certains, dont un personnel.

Elle est toujours incomplète.

Elle correspond à l'exagération du mouvement normal de rotation de la jambe sur la cuisse — mouvement qui correspond au déplacement en sens inverse des deux tubérosités tibiales. Ce mouvement normal etant exécuté, la force traumatisante, continuant à agir, exagère le déplacement d'un des condyles, tandis que l'autre est immobilisé par la résistance des ligaments ou par la contraction musculaire.

Le déplacement de la tubérosité luxée se reconnaît facilement, en raison de la saillie anormale qui existe en avant ou en arrière.

La réduction — facile si l'on intervient de bonne heure et en s'aidant, au besoin, de l'anesthésie générale — s'obtient par des tractions exercées sur la jambe en demi-flexion, unies à un mouvement de rotation en sens inverse de celui de la déviation.

Fracture sus-malléolaire consolidée. Développement ultérieur d'une arthrite du cou de-pied et d'une ostéite de la partie inférieure des os de la jambe. — Syphilis et tabes (fig. 28). *Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. du Nord*, 1905, p. 6.



Fig. 23

Troubles de circulation veineuse dans la jambe avec phénomènes névralgiques intenses, à la suite d une fracture de l'extrémité inférieure du péroné. *Echo méd. du Nord*, 1910, p. 260-262.

Les crises douloureuses furent ici nettement dues à la congestion passive dans les veines des nerfs de la jambe. La cause de ces troubles de circulation ne m'est pas connue.

Luxation médio-tarsienne en bas et en dehors (En collaboration avec le Dr Paucot). *Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. du Nord*, 1905, p. 60.

La luxation médio-tarsienne. *Rev. d'orthopédie*, 1907, p. 21-46.

La luxation médio-tarsienne — luxation de l'articulation de Chopart — est une lésion rare, du moins si l'on s'en rapporte au petit nombre de cas publiés. Mais il est probable que cette extrême rareté n'est qu'apparente et que, grâce à la radiographie, on reconnaîtra des luxations médio-tarsiennes que l'examen clinique ne permet pas de diagnostiquer.

D'après les neuf observations (dont une personnelle) que j'ai pu recueillir dans la littérature médicale, il m'a été possible d'esquisser la description de cette luxation.

Le déplacement des os de la seconde rangée du tarse (scaphoïde

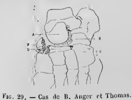
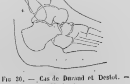


Fig. 29. — Cas de B. Anger et Thomas. — Vue antérieure des os dénudés des ligaments (A, astragale ; B. calcanéum ; C. cuboïde ; D. scaphoïde ; E, un fragment du scaphoïde).


Fig. 30. — Cas de Durand et Destot. — Radiographie décalquée.

et cuboïde) sur ceux de la première semble se faire toujours en bas — tantôt directement en bas, tantôt en bas et en dedans ou en bas et en dehors (fig. 29, 30, 31 et 32). A ce déplacement se combinent parfois une rotation de l'avant-pied autour d'un axe antéro-postérieur et une déviation de l'axe de l'avant-pied.

La distension et l'arrachement des ligaments médio-tarsiens s'expliquent dans la plupart des cas par le mouvement de flexion ou d'extension que détermine le traumatisme au niveau de l'articulation de Chopart et qui normalement ne peut se faire au niveau de cette articulation.

Le gonflement toujours considérable empêche d'ordinaire de dé-

terminer la situation réciproque des os des deux rangées du tarse. Quand il a disparu, on peut arriver à reconnaître la saillie que font les extrémités antérieures du calcanéum et de l'astragale au niveau de la face dorsale du pied et celle que font les extrémités postérieures du scaphoïde et du cuboïde à la face plantaire.

Toutefois le diagnostic, étant basé sur le seul examen clinique, est

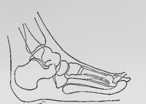


Fig. 31. — Cas de Pollosson. — Radiographie décalquée..

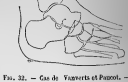


Fig. 32. — Cas de Vanverts et Paucot. — Radiographie décalquée.

d'ordinaire très difficile, surtout au début, c'est-à-dire à une époque où il est important de connaître l'état exact des lésions pour pouvoir intervenir avec chance de succès.La radiographie lève tous les doutes.

La réduction de la luxation semble devoir être facile quand le cas est récent et en s'aidant au besoin de l'anesthésie générale.Elle devient rapidement difficile ou impossible.

Fracture par cause directe des 2e, 3e et 4e métatarsiens. Cal vicieux formant une saillie douloureuse à la plante du pied. *Bull. de la Soc. de Méd. du département du Nord*, 1900, p. 363.

Le cal vicieux était dû à un déplacement notable des fragments antérieurs en dehors et en bas.

Un cas de mal perforant traité et guéri par l'élongation des nerfs. *Travaux de neurol. chir.*, 1899, p. 161.

Deux cas de sarcomatose généralisée, survenue rapidement après l'extirpation d'un sarcome des parties molles de la plante du pied et d'un sarcome de la peau de la cuisse. *Bull. de la Soc. anat.*, 1898, p. 272.

La mort survint deux mois et demi et sept mois après l'intervention.

Autopsie du double pied-bot varus équin d'un fœtus de 8 mois (En collaboration avec le Dr Fernand Monod). *Gaz. hebd. de méd. et de chir* , 1896, p. 1002.

La dissection de ce pied-bot nous a montré qu'il s'agissait en somme d'une subluxation du scaphoïde sur l'astragale par exagération du varus physiologique. Cette luxation fut consécutive à une contracture des jambiers ou à une paralysie de leurs antagonistes. La moelle épinière présentait des lésions très nettes.

Cette subluxation avait déterminé, au niveau de l'astragale surtout, des déformations osseuses telles que la réduction n'aurait pu être obtenue qu'à l'aide d'une opération s'attaquant au squelette ou aux ligaments.

K. — ANTISEPSIE. ASEPSIE

Discussion sur l'asepsie et l'antisepsie opératoires. *Congrès belge de chir.*, 1902, p. 70.

Asepsie et antisepsie. *Nord méd.*, 1902, p. 270.

J'expose en détail dans ces deux communications les résultats que m'ont donnés l'expérimentation et la clinique en ce qui concerne la désinfection des mains et de la peau du malade. Je conclus que le savonnage et le brossage à l'eau chaude constituent les seules manœuvres importantes et indispensables et que l'emploi des solutions antiseptiques est loin d'avoir les effets merveilleux qu'on lui attribue trop souvent.

Préparatifs d'une opération à domicile. *Journ. des praticiens*, 1904, p. 708.

Autoclave permettant l'assèchement des objets stérilisés. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1901, p. 882.

Cet autoclave constitue une simplification de ceux de Sorel et de Vaillard. Il ressemble à un autoclave de Chamberland, avec cette seule modification qu'un tube muni d'un robinet est adapté au fond de la chaudière.

La stérilisation se fait comme d'ordinaire. Quand elle est terminee, on ouvre le robinet qui ferme le tube du fond de la chaudière ; l'eau que contient celle-ci et une grande partie de la vapeur peuvent ainsi s'échapper. On ferme ensuite ce robinet, on ouvre celui qui se trouve sur le couvercle de l'appareil et on chauffe très légèrement pendant une demi-heure environ. L'autoclave se trouve ainsi transformé en étuve sèche.

Étude critique et expérimentale sur la stérilisation des éponges (En collab. avec le Dr CARRIÈRE). *Arch. prov. de chir.*, 1900, p. 337-348.

Dans ce travail, basé sur un grand nombre d'expériences, nous avons recherché les résultats donnés par les différents procédés utilisés jusqu'ici et qu'on peut diviser en deux groupes, suivant qu'ils s'adressent à la *chaleur* ou aux *antiseptiques* comme mode de stérilisation.

1° CHALEUR. — La *chaleur humide* (ébouillantement simple ou séjour à l'autoclave) met les éponges hors d'usage. Il en est de même pour la *vapeur d'alcool surchauffée*. La *chaleur sèche* (20 minutes à 120°) ne donne pas une sécurité absolue au point de vue de l'asepsie. Le *chauffage discontinu* est insuffisant.

2° ANTISEPTIQUES. — Les vapeurs de *formol* ne stérilisent pas les éponges. La solution d'*acide phénique* à 5 p. 100 et celle de *sublimé* à 1 p. 1.000 ne donnent des résultats certains qu'après un temps assez long. L'EAU OXYGÉNÉE à 10 ou 12 volumes, même étendue de trois fois son volume d'eau, permet d'obtenir rapidement une asepsie parfaite.

La désinfection des mains. *Nord méd.*, 1905, p. 235.

L'iodoforme. Sa disparition progressive dans la pratique chirurgicale. Son remplacement par le peroxyde de zinc dans le pansement vaginal. *Nord méd.*, 1904, p. 221.

La méthode oxygénée en chirurgie. *Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. du Nord*, 1905, p. 145 et s.

La méthode oxygénée (eau oxygénée, peroxyde de zinc, oxygène) présente au point de vue de la désinfection des plaies une supériorité incontestable sur la méthode antiseptique. A l'encontre de celle-ci, qui consiste dans l'emploi de substances destinées à tuer les micro-

bcs, elle n'est ni irritante, ni toxique et agit surtout en détruisant les toxines microbiennes et en augmentant la diapédèse au niveau de la région infectée (Thiriar).

Moyen simple de désinfection de la peau par la tsinture d'iode. *Nord méd.*, 1909, p. 199.

De la fixation des pièces de pansement pour assurer l'isolement des plaies. *Nord méd.*, 1909, p. 199.

La fixation des piécès profondes du pansement à l'aide d'un emplâtre agglutinatif ou de préférence de collodion ou d'adhésol, à quelque distance de la plaie, permet d'isoler complètement celle-ci et d'éviter son infection. Cette précaution cst particulièrement importante après la laparotomie : la fixation du pansement dans la région du pubis empêche le relèvement du bord inférieur du pansement sous l'influence des mouvements des cuisses et la mise à découvert de la partie inférieure de la plaie.

Des épanchements séreux intrapariétaux postopératoirss. *Echo méd. du Nord*, 1910, p. 126.

On constate parfois, au niveau des plaies suturées, des épanchements séreux qui se développent insidieusement ou ne s'accompagnent que d'une légère réaction.

Cet incident, dont j'ai observé plusieurs exemples, semble devoir être attribué au catgut. Faut-il incriminer les substances irritantes dont on a imprégné le catgut pour le stériliser ? Ne s'agit-il pas plutôt d'une stérilisation insuffisante ? C'est à cette seconde opinion que je me rallie, ayant eu l'occasion de faire certaines constatations qui me permettent de considérer ces épanchements séreux comme dus à des infections atténuées.

L. — ANESTHÉSIE

Absorption d'eau avant la chloroformisation pour éviter les vomissements (procédé de DÉNUCÉ). *Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. du Nord*, 1906, p. 103-110.

Des expériences que j'ai faites au sujet de ce procédé, il résulte que

celui-ci ne présente pas la valeur que lui avait attribuée son promoteur. Cependant il mérite d'être utilisé, car il semble diminuer un peu la fréquence des vomissements chloroformiques et post-chloroformiques.

Plaidoyer en faveur du procédé de la compresse de flanelle pour l'administration du chloroforme. *Nord méd.*, 1905, p. 141.

La compresse de flanelle, c'est-à-dire une compresse perméable à l'air, présente sur la compresse de toile à plusieurs épaisseurs (compresse imperméable à l'air) deux avantages qui, à mon avis, doivent lui faire donner la préférence : inutilité de retourner la compresse ; possibilité, par des versements fréquents et minimes de chloroforme, d'administrer un mélange d'air et d'anesthésique dont le titre est à peu près constant.

Doit-on pincer la langue au cours de l'anesthésie générale? *Nord méd.*, 1906, p. 172.

Pour ramener en avant la langue tombée en arrière et empêchant le passage de l'air, il suffit *toujours* de soulever le menton ou de porter en avant les angles du maxillaire ; on attire ainsi en haut et en avant l'os hyoïde et par conséquent la base de la langue.

La pince à langue, dont les inconvénients sont bien connus des opérés qui souffrent parfois plus au niveau de la langue qu'au niveau de la région opératoire, ne doit donc jamais être employée ni pour prévenir la chute de la langue, ni pour attirer cet organe quand il est tombé en arrière. Elle doit être réservée aux cas de syncope respiratoire ou cardiaque.

Massage direct (transdiaphragmatique) du cœur dans un cas de mort apparente du nouveau-né. *Ann. de la Soc. belge de chir.*, 1905, p. 322.

Rôle de la trachéotomie dans les accidents graves de l'anesthésie. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1896, p. 25.

Dans les accidents graves de l'anesthésie, la trachéotomie peut agir de deux façons différentes : soit en permettant l'accès de l'air dans le poumon, dans les cas où les voies aériennes supérieures sont obstruées ; soit en déterminant un réflexe qui réveille la respiration et la circulation, comme nous en avons observé un cas.

A ce double titre, la trachéotomie constitue une méthode précieuse à laquelle il faut recourir quand les procédé habituels ont échoué.

L'anesthésie générale au chlorure d'éthyle. *Nord méd.*, 1903, p. 149.

Ce mode d'anesthésie est supérieur à tous les autres pour les opérations de courte durée. Il est précieux comme premier temps de la chloroformisation dont il supprime les inconvénients et les dangers.

Injection sous-arachoïdienne de cocaïne. Pas d'analgésie. Intoxication prolongée (En collaboration avec le Dr Carrière). *Echo méd. du Nord*, 1901, p. 223.

L'analgésie chirurgicale par voie rachidienne. *Nord méd.*, 1901, p. 170.

Sur un cas de sciatique guéri par une injection intrarachidienne de cocaïne (En collaboration avec le Dr Carrière). *Nord méd.*, 1901, p. 139.

De l'utilité de l'anesthésie dans les interventions de petite chirurgie. *Nord méd.*, 1908, p. 179.

J'estime que l'anesthésie doit être utilisée dans toutes les interventions douloureuses de la petite chirurgie. La suppression de la douleur doit, en effet, être toujours recherchée par le médecin : elle engage les malades à consentir à une opération que la crainte de la souffrance leur fait souvent rejeter ; elle permet en outre d'intervenir d'une façon plus méthodique, de parer plus aisément aux complications inattendues qui peuvent se présenter et par conséquent de mieux assurer le succès de l'opération.

C'est presque toujours à l'anesthésie locale (injection intradermique, injection à distance sur le trajet des nerfs) que l'on doit s'adresser.

Exceptionnellement on aura recours aux anesthésiques généraux, tels que le chlorure d'éthyle, donnant une insensibilisation courte et dépourvue de dangers.

IV. — VARIA

Ascite congénitale et dystocie fœtale consécutive (En collab. avec le Dr Ramond). *Bull. de la Soc. anat.*, 1896, p. 152.

L'ascite fœtale (En collab. avec le Dr Ramond). *Revue d'obstétrique et de pédiatrie*, 1896, p. 146.

L'ascite congénitale est une affection rare, qui peut être une cause de dystocie fœtale. C'est au moment où le tronc doit être expulsé que la descente du fœtus s'arrête; et, quand l'ascite est abondante, l'expulsion ne se terminera que si l'on ponctionne l'abdomen distendu.

La pathogénie de l'ascite fœtale est encore très obscure. Tantôt l'ascite est accompagnée d'épanchements séreux des plus variables, soit chez la mère et le fœtus, soit chez le fœtus seulement; tantôt elle existe seule à l'exclusion de toute hydropisie. Dans ce dernier cas on a trouvé et considéré comme cause de l'ascite une lésion des reins, du péritoine, du foie (hépatite syphilitique, cirrhose atrophique). Nous avons observé une ascite fœtale pure, coexistant avec une cirrhose hypertrophique non syphilitique, que nous avons rattachée à une origine infectieuse ou toxique.

Les fausses maladies du cœur dans leurs rapports avec le service militaire. *Le Caducée*, 1908, p. 328.

THÈSES INSPIRÉES

J. LAMOTTE.— *De la conduite à tenir au cours d'une attaque aiguë d'appendicite*, Lille, 1899.

F. BOUCHET. — *Contribution à l'étude du traitement de la luxation susacromiale de la clavicule*, Paris, 1900.

J. DHOTEL. — *Les fractures des cartilages costaux et la disjonction chondro-costale*, Lille, 1903.

F. ODOUL. — *Contribution à l'étude du lipome des doigts*, Lille, 1903.

P. CHANCEL. — *Etude clinique et expérimentale de l'action du bleu de méthylène comme anti-tuberculeux*. Lille, 1904.

P. LEVALLOIS. — *De l'incompatibilité des rôles du médecin-expert et du médecin-traitant dans la loi sur les accidents du travail*. Lille, 1910.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

TITRES

Président du syndicat médical de Lille et de la région, 1909 et 1910.

Secrétaire de la Fédération des syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais, 1910.

TRAVAUX

Les syndicats peuvent-ils intervenir pour trancher les différends entre médecins et clients, entre médecins et sages-femmes et dans quels cas ? Rapport au Syndicat médical de Lille et de la région au nom d'une commission composée de MM. Lefebvre, Vienne et Vanverts. *Bull. des Syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais*, 1902, p. 210.

Des rapports entre médecins traitants et chirurgiens ou spécialistes. Rapport au Syndicat médical de Lille, au nom d'une commission composée de MM. Cochet, Delassus, Oui, Surmont et Vanverts. *Ibid.*, 1902, p. 321.

Un cas de déontologie. *Ibid.*, 1904, p. 421.

Examen de la pratique de la dichotomie. Rapport au Syndicat médical de Lille, au nom d'une commission composée de MM. Carrière, Cochet, Coppens, Delassus et Vanverts, *Ibid.*, 1903, p. 222.

Les malades payants dans les hôpitaux. *Nord méd.*, 1903, p.111.

Médecins et massage. *Nord méd.*, 1905, p. 54.

Projet de revision des statuts de l'Union des Syndicats médicaux de France. Rapport au Syndicat médical de Lille (20 mai 1910), au

nom d'une commission composée de MM. Cochet, Coppens, Delfosse, Lambin, Lemière, Quint et Vanverts.

De la confusion des rôles du médecin traitant et du médecin expert dans la loi sur les accidents du travail. Incompatibilité de ces rôles (En collab. avec le Dr Levallois). Une broch. de 45 p., 1910, Vigot éditeur.

Ce travail est une critique de la loi de 1898 sur les accidents du travail au point de vue de son organisation médicale. Le vice primordial de cette loi réside dans la confusion, faite par le législateur, entre le rôle du médecin traitant et celui du médecin délivrant des certificats. Celui-ci doit, en effet, être considéré comme un véritable expert, non tenu au secret médical et indépendant du patron aussi bien que de l'ouvrier. Or c'est au médecin traitant, pour qui l'obligation du secret médical est absolue et dont l'indépendance n'est pas complète vis-à-vis du patron ou de l'ouvrier, que la loi confie le soin de rédiger les certificats.

La séparation complète des deux rôles pour chaque accident du travail permettrait l'établissement de certificats impartiaux et complets et la défense équitable des intérêts en présence.

TABLE DES MATIÈRES

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute Marne).